



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Master de Intervención Psicológica en Contextos  
Clínicos y Sociales**



**MEMORIA DE PRÁCTICAS EN LA RESIDENCIA DE ANCIANOS  
BALLESOL  
Septiembre, 2013**

**Alumna: María Morales López  
Tutor interno: José Manuel Cimadevilla Redondo**

<b>Índice .....</b>	<b>Página</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
1.1 Descripción del centro. ....	4
1.2 Población. ....	6
1.3 Protocolo de actuación.....	7
<b>2. Información sobre el envejecimiento. ....</b>	<b>18</b>
2.1 Demencia. ....	20
2.1.2 Enfermedad de Alzheimer .....	23
<b>3. Programa especializado de atención a residentes con demencia avanzada "Personas Siempre" .....</b>	<b>27</b>
3.1 Método Montessori.....	28
<b>4. Actividades de la unidad de psicología.....</b>	<b>30</b>
4.1 Terapia de orientación a la realidad.....	31
4.2 Musicoterapia. ....	34
4.3 Reminiscencia.....	36
4.4 Estimulación cognitiva. ....	38
4.4.1 Taller de memoria.....	38
4.4.2 Taller de orientación.....	40
4.4.3 Praxis .....	42
4.4.4 Taller de estimulación del esquema corporal. ....	46
4.4.5 Gnosias. ....	49
4.4.6 Taller de cálculo. ....	51
4.4.7 Taller de lenguaje. ....	54
4.4.8 Taller de actividades significativas.....	58
4.4.9 Taller de funciones significativas. ....	59
4.5 Taller "Libro de recetas".....	61

4.6 Atención a personas encamadas. ....	61
4.7 Actividades de la unidad de psicología. ....	62
<b>5. Mi participación</b> .....	<b>63</b>
5.1 Test CAMDEX. ....	78
<b>6. Bibliografía</b> .....	<b>82</b>
<b>7. Anexos</b> .....	<b>84</b>

## 1. Introducción

Mis prácticas las he llevado a cabo en el Centro Residencial Ballesol. Todas las residencias Ballesol están coordinadas por la empresa Grupo Ballesol, que nace en 1980 y que hasta el momento actual, se caracteriza por tener el objetivo de proporcionar una serie de cuidados integrales para las personas de la tercera edad. El Grupo Ballesol es fiel a una serie de principios, en donde priman de entre todos, la atención directa con el anciano. La atención directa se caracteriza por proporcionar una serie de cuidados cuyo objetivo es favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas. Todo ello se consigue, mediante la adaptación de los servicios disponibles a las necesidades de las personas.

Para poder proporcionar una atención integral al anciano, el Grupo Ballesol puso en marcha Centros Residenciales, apartamentos, resort y un equipo de teleasistencia. Resaltando uno de ellos, por ser el que más auge tiene entre las personas mayores puesto que les permite seguir viviendo en su casa pero con la seguridad de estar arropados en caso de tener algún problema son los equipos de teleasistencia. Los objetivos de estos servicios son asistencia telefónica durante todo el día y toda la noche mediante un dispositivo móvil que se encuentra conectado a profesionales, pudiendo ser usado tanto en su domicilio como fuera de él; ante una situación de emergencia, la persona mayor recibe ayuda de forma inmediata permitiéndoles solucionar el problema en el menor tiempo posible, tanto si se encuentra en el domicilio como fuera de él; posibilidad de conversar por teléfono las 24 horas del día con un profesional ante situaciones de soledad; seguimiento periódico del anciano para ver el estado en el que se encuentra; comunicación inmediata con familiares para informar sobre sucesos o incidentes relevantes del afiliado; avisos sobre medicación y visitas médicas.

No considero relevante explicar en qué consisten los apartamentos y resort ya que se sobreentienden su finalidad y por último, la mecánica de los centros residenciales se explicará a continuación, ya que tuve la posibilidad de realizar mis prácticas en uno de estos centros.

## **1.1 Descripción del centro**

El centro donde yo he realizado las prácticas del Máster de Intervención Psicológica en Contextos Clínicos y Sociales es el Centro Residencial Ballesol Almería. Dicho centro se encuentra ubicado muy próximo a la zona antigua de la ciudad siendo un marco incomparable en donde vivir ya que sus excelentes comunicaciones con el resto de la ciudad es un beneficio que hay que tener en cuenta, ya que les permite a los residentes poder disfrutar de todas las opciones de ocio de su ciudad. Además de su excelente ubicación, cuenta con una gran extensión de terreno en donde se localizan unas estupendas instalaciones como su sala de lectura, servicio de peluquería, gimnasio, fisioterapia, capilla, zonas ajardinadas, sala de televisión y diversos salones en donde se realizarán una infinidad de talleres. Todo ello se complementa con la posibilidad de disfrutar de servicio de limpieza, lavandería, así como una serie de servicios médicos. Por último hay que indicar que disponen de una capacidad de 124 residentes distribuidos en cuatro plantas según las condiciones de salud que muestre al llegar al centro.

Para poder satisfacer las necesidades de toda la población, el Centro hace distinciones entre dos tipos de estancia diferentes, como dos tipos de población a la que atienden. Con estas diferenciaciones buscan un mayor acercamiento a los ancianos para que todos, independientemente de su nivel económico, puedan disfrutar de los servicios que disponen. Los dos tipos de estancias que ofertan son la estancia permanente, que permite la estancia continuada en el centro, pudiendo alojarse en habitaciones individuales, compartidas o incluso en pequeños apartamentos y la estancia temporal, pensada para la satisfacción de las necesidades que tienen las personas mayores o sus familiares, con motivo de una convalecencia, de un período de enfermedad ó porque el mayor quiere disfrutar de un período vacacional. En cuanto a los dos tipos de población, son las personas válidas, aquellas con plena autonomía y los asistidos que son aquellas que necesitan ayudan.

En Ballesol me informaron que como objetivos principales a alcanzar son los siguientes:

- Ofrecer a los residentes un buen nivel de calidad de vida

- Prestarle una atención integral personal a cada residente, cubriendo sus necesidades tanto a nivel físico como psicológico.
- Procurar el mantenimiento de la autonomía de los residentes, controlando y evaluando la evolución de la enfermedad.
- Establecer para cada residente un plan individual de intervención.
- Implicar a todo el personal del centro en la mejora de los servicios que se les prestan a los residentes.
- Motivar a la familia en los proyectos del centro.
- Normalizar la vida de los residentes en la medida de lo posible.
- Garantizar los apoyos y cuidados necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.
- Promover el envejecimiento activo, desarrollando acciones de prevención de la dependencia, facilitando una forma de vida saludable.
- Potenciación de áreas cognitivas, emocionales y relaciones mediante el Programa Personas Siempre.

Estos objetivos se consiguen mediante un equipo multidisciplinar constituido por auxiliares de enfermería, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, voluntarios, cuidadores y demás componentes del equipo técnico y de dirección, siendo todos ellos capaces de enfrentarse a las necesidades de los pacientes aplicando métodos de intervención física, psíquica y social en la búsqueda del bienestar y calidad de vida durante todo el periodo que dure la estancia.

A continuación se detalla las principales acciones que realizan cada uno de los profesionales:

- Médico: es la persona que está en continuo contacto con los residentes ya que su función es realizar consulta médica diaria en función de la demanda de los residentes. Además tiene la función de realizar un seguimiento en aquellas personas que se encuentran encamadas o su estado sea crítico. Por último establece las pautas de medicación en cada uno de ellos.
- Personal de enfermería: ejercen tareas propias de su condición de enfermeros, como preparación y distribución de la medicación, toma de tensión, curas y en general, realizar un seguimiento continuado del estado global de los residentes.

- Unidad de psicología: Además de proporcionar terapia tanto a los residentes como a sus familiares, su tarea se centra fundamentalmente en conseguir una adaptación óptima de los residentes al Centro. Es importante conocer las preocupaciones de cada paciente, sus motivaciones, así como la presencia de deterioros cognitivos, sobre cuya base trabajará para conseguir que la persona se sienta a gusto tanto en el centro como consigo mismo.
- Fisioterapeuta: una vez que ha comprobado el historial médico de los residentes establece un programa de intervención en ellos cuyo objetivo es ayudar a mantener y potenciar la autonomía del residente. Es bien sabido que el ejercicio físico sirve para potenciar la capacidad funcional y prevenir las caídas. Esto es fundamental ya que además de mejorar físicamente las personas, se producirá una mejoría a nivel psicológico dando al paciente una mayor sensación de bienestar.
- Trabajador social: se encarga de todos los trámites necesarios durante la estancia de los residentes en el centro relativos a pagos, pensiones etc. Recibe a la persona que ingresa y presenta al equipo. Está en permanente contacto con los familiares.
- Auxiliares de enfermería: acompañan y asisten a los ancianos en las tareas de limpieza y aseo personal, ingesta de comidas, y cualquier otra actividad de la vida cotidiana para la que requieran ayuda. Dada su proximidad a ellos, son los responsables de informar de cualquier situación anómala o de riesgo que pueda surgir.
- Terapeuta ocupacional: mediante actividades lúdicas desarrolla el manejo de habilidades, destrezas y actitudes necesarias para ejercer las funciones de la vida cotidiana. El objetivo es favorecer la autonomía personal y mantener, mejorar o reinstaurar las funciones de los residentes.

## **1.2 Población**

El centro residencial Ballesol está constituido por personas con una edad media de 75 años. Existe un mayor porcentaje de hombres que de mujeres. La mayoría de los pacientes del centro, acceden a él de forma voluntaria aunque se da casos, que vienen

derivados de los servicios sociales. La patología que se da con mayor frecuencia es la demencia, pudiendo observarse en estadios diferentes en distintas personas.

En la residencia existen cuatro plantas de habitaciones. Los pacientes de semejante déficit cognitivo se encuentran instalados en la misma planta. Esto es importante por dos motivos: en primer lugar es beneficioso para los ancianos, ya que pueden convivir mejor entre ellos y en segundo lugar es importante para el personal que trabaja con ellos, ya que pueden proporcionar una mejor atención.

### **1.3 Protocolo de actuación**

Cada vez que ingresa un nuevo residente, la psicóloga junto con la doctora se encargan de revisar todos los informes médicos previos del anciano, para ir teniendo un primer contacto acerca de los posibles problemas que puedan encontrarse tanto de salud como a la hora de la convivencia y adaptación al centro. Una vez realizado esta primera revisión y habiendo aclarado las dudas con el resto del equipo, se procede a llevar a cabo desde la unidad de psicología, una entrevista inicial, la cual se realizará tanto al residente como a los familiares. Uno de los aspectos en los que incide la psicóloga, es que la exploración durante la entrevista esté enfocada a tres áreas fundamentales: personalidad y conducta, estado emocional y funciones cognoscitivas. Esto se conseguirá no solo usando la entrevista como método de evaluación, sino también mediante el uso de cuestionarios que realizaremos al sujeto.

La estructura que seguimos en la entrevista inicial es recoger, en un primer momento, datos sociodemográficos y personales, a continuación se preguntará sobre los antecedentes familiares, centrándonos sobretodo en temas de salud, y por último evaluaremos si presenta algún déficit sensorial para determinar que tipo de pruebas podremos realizar, además de valorar la presencia de dependencias, ya sean en las actividades básicas de la vida diaria o en las actividades instrumentales o avanzadas, para determinar, con toda esta información, un programa de intervención adecuado.

A continuación, siguiendo con la estructura de entrevista que se ofrece en Ballesol, se realiza una revisión junto con el nuevo residente, de toda la información médica que disponemos de él, enfermedades, trastornos metabólicos o endocrinos,



traumatismos craneoencefálicos, tiempo de su última analítica, consumo de tóxicos, medicación actual entre otros aspectos. Además le preguntaremos si ha observado en su día a día algún déficit que antes no tenía como dificultad para encontrar la palabra adecuada, problemas de memoria, confusión de nombres de familiares, desorientación en la calle o en la casa, depresión, ansiedad. Estas preguntas, que serán corroboradas posteriormente con el familiar, se realizan para observar el nivel de conciencia de los déficits que presenta así como de servir de primera toma de contacto de los problemas que más preocupan al nuevo residente e incidir primeramente en ellos.

Para finalizar la entrevista inicial, es de especial importancia incidir en la obtención de información sobre el estado emocional actual y pasado, tratamientos recibidos y eficacia de los mismos.

Una vez que se ha hablado con el futuro residente, se realiza una entrevista con los familiares que lo acompañan. Si el sujeto acude sólo, se intentará contactar por teléfono con algún familiar o persona cercana para corroborar toda la información de la que disponemos. La dinámica de la entrevista con los familiares, es igual que la del residente, buscando con ello corroborar y ampliar datos que nos servirán para tener una mejor visión del nuevo residente.

Tras la entrevista inicial, se decidirá que tipo de cuestionarios, por adaptarse a la problemática que presente podemos pasar a la persona. Para decidirnos por unos u otros tendremos que tener en cuenta la capacidad sensorial del paciente, ya que por ejemplo en pacientes que presentan un déficit visual no usaremos pruebas de percepción visual así como, las quejas que tiene el sujeto en relación a los déficits que él y los familiares consideran que influyen negativamente en el día a día. Otro aspecto que hay que considerar es el nivel educativo y sociocultural del anciano, ya que no vamos a realizar pruebas de sumar o restar si no sabe hacerlo, a todo lo anterior se suma la información obtenida con nuestra observación directa durante la entrevista, ya que con ella podemos profundizar más sobre un déficit que consideramos importante y dejar de lado otros aspectos que son de menor importancia.

A la hora de llevar a cabo una evaluación con personas mayores, hay que tener en cuenta varias pautas que cumple la psicóloga en la residencia:

- A la hora de la evaluación, hay que tener en cuenta su duración. Siempre que observamos que un paciente se encuentra cansado hay que parar la evaluación y realizarla en otro momento.
- Hay que dar el tiempo suficiente para que respondan. Pacientes con lesiones subcorticales irán más lentos que otros pacientes y el no darles el tiempo suficiente, puede llevar al error de evaluar como alterado algo que en realidad se produce por ese tiempo que falta para recibir, tratar la información y evocarla.
- Tener claro desde el primer momento si la evaluación se realiza para hacer un diagnóstico diferencial o para profundizar más en un déficit ya que de ello influirá el tipo de pruebas que vamos a aplicar.
- Considerar que el momento de la evaluación óptimo para el psicólogo no siempre coincide con el del residente. Si el paciente está excesivamente deprimido no colaborará en la exploración. Por lo que si se da este caso, primero deberemos abordar el problema y después realizar la evaluación.
- Combinar pruebas de alta exigencia cognitiva con otras de menor exigencia.

Una vez finalizada la entrevista , tanto con el residente como con los familiares, y obtenida toda la información necesaria se procede a elaborar el protocolo de test que vamos a pasarle al residente en cuestión.

En general, el protocolo de cuestionarios en el Centro residencial Ballesol es el siguiente:

Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Escala de depresión geriátrica de Yesavage
	Escala de deterioro global (GDS) de Reisberg
	Mini examen del estado mental (MMSE) de Folstein
	Escala de demencia de Blessed
	Cuestionario de Pfeiffer
	Índice de Barthel
	Escala de evaluación del estado nutricional (MNA)
	Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio
Lenguaje	Test de denominación de Boston
	Token test
Memoria	Lista de palabras de la escala de memoria de Wechsler (WMS-III)
	Pareja de palabras de la escala de memoria de Wechsler (WMS-III)
	Memoria de caras y escenas de la escala de memoria de Wechsler (WMS-III)
Atención	Trail making test
	Test de Stroop
	Torre de Londres
	Test de la A
Funciones perceptivas, visoespaciales y visoconstructivas	Finger tapping
	Cubos de la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III)
	Figura compleja de Rey
	Reconocimiento de caras de Benton
Orientación	Izquierda-derecha de Benton
	Test de orientación temporal de Benton

A continuación se describirá brevemente cada una de ellas:

**Escalas generales:**

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage: es uno de los instrumentos usados para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su forma original constaba de 30 ítems. Hoy en día se usa la versión abreviada que consta de 15 ítems afirmativos/negativos. El objetivo de esta reducción es evitar en lo posible la disminución de la concentración y el aumento del cansancio del paciente. Se necesitan unos cinco minutos para cumplimentarla y puede realizarla el paciente solo.
- Escala global de deterioro de Reisberg: es una escala que nos permite orientarnos acerca de la fase de demencia que presenta el sujeto. Esta escala diferencia entre siete fases: GDS-1 (ausencia de alteración cognitiva), GDS-2 (disminución cognitiva muy leve), GDS-3 (defecto cognitivo leve), GDS-4 (defecto cognitivo moderado), GDS-5 (defecto cognitivo moderado-grave), GDS-6 (defecto cognitivo grave) y GDS-7 (defecto cognitivo muy grave). La siguiente división por fases, sirve como guía para entender el progreso de la enfermedad, para ayudar a los cuidadores a estar pendientes a posibles problemas potenciales y permitir planear las necesidades futuras.
- MMSE de Folstein: Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 35 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación (temporal y espacial), memoria (inmediata y retardada), atención, comprensión, lenguaje y construcción. El objetivo es servir de herramienta de detección de problemas cognitivos durante la valoración del estado mental en la entrevista clínica. El tiempo de administración aproximado es de 5 a 10 minutos.
- Escala de demencia de Blessed: También conocida por el acrónimo BDRS. Es una escala que cuenta con una sección de evaluación de funciones cognoscitivas y otra de evaluación conductual ampliamente utilizada. Como defecto cabe destacar que no discrimina los efectos de la edad y del nivel educacional.

- Cuestionario de Pfeiffer: Se trata de un cuestionario de 10 ítems sobre cuestiones generales y personales encargado de detectar la presencia de deterioro cognitivo así como el grado del mismo. Se puede pasar en 4-5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas y se permite un fallo de más si el sujeto no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Explora la memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Es especialmente útil en invidentes, personas de edad avanzada y en analfabetos.
- Índice de Barthel: Es un instrumento que mide la capacidad funcional que tiene la persona mayor en hacer frente a 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Esta prueba es de fácil y de rápida administración (habitualmente menos de 5 minutos). Las diez ABVD son: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y escalones.
- M.N.A.: Se trata de una escala administrada para la evaluación del estado nutricional de una persona.
- Escala de Tinetti: Presenta dos escalas, una para valorar el equilibrio y la otra para valorar la marcha. El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha). La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

### **Lenguaje:**

- Test de denominación de Boston: El Test de denominación de Boston es uno de los test de denominación por confrontación visual más utilizado para evaluar el sistema léxico-semántico. Este test está compuesto por 60 dibujos presentados en función de la familiaridad. Las primeras láminas contienen dibujos como por ejemplo un “árbol” y un “lápiz” y las últimas una “esfinge egipcia” y un

“ábaco”. El paciente tiene que indicarnos que es lo que está viendo en cada una de estas láminas.

- Token test: Se trata de una prueba clásica destinada a evaluar la comprensión del lenguaje. Su administración es muy sencilla y sensible a los déficit de la comprensión auditiva. El material consiste en 20 fichas de distintas formas, colores y tamaños: 2 formas, cuadrados y círculos, y estos a su vez tienen 2 tamaños, grandes y pequeños, y 5 colores. Y el paciente debe señalar o manipular conforme a las órdenes del examinador. La finalidad de este test es la evaluación de la capacidad del paciente para comprender el nombre (círculo y cuadrado, color y tamaño), los verbos y las preposiciones incluidos en las instrucciones. Las consignas se van haciendo más extensas y complejas a medida que avanza la prueba.

### **Memoria:**

- Lista de palabras del WMS-III: permite valorar la capacidad para aprender una lista de palabras mediante la repetición, así como la memoria a largo plazo, primero sin proporcionar ayuda al sujeto (es decir, por recuerdo libre) y, posteriormente, con ayuda (mediante una tarea de reconocimiento). La Lista de Palabras de la WMS-III consta de 12 palabras que se leen en voz alta al sujeto durante 4 ensayos consecutivos y este debe intentar recordar cada vez todas las que pueda, en cualquier orden. Transcurridos entre 25 y 35 minutos, se pide al sujeto que evoque todas las palabras que recuerde. Finalmente, para facilitar el recuerdo de las palabras que no ha evocado libre-mente, se le lee en voz alta una lista de 24 palabras (las 12 de la lista anterior más 12 palabras nuevas) en las que tendrá que contestar «sí» si pertenecía a la lista de palabras de la prueba de memoria o «no» si no estaba.
- Pareja de palabras del WMS-III: Está formado por dos subtes, parejas de palabras I y pareja de palabras II. El subtest pareja de palabras I consta de 4 listas de 8 parejas de palabras. Todas las listas contienen las mismas parejas de palabras pero en diferente orden. Se lee la primera lista a razón de 3 segundos por pareja y cuando se termina de leer se le nombra al sujeto la primera palabra

de la pareja y se le pide que diga que palabra iba asociada a ella. Se procede de la misma forma con todas las listas. El subtest pareja de palabras II tiene dos tareas, una de recuerdo en la que se le dice la primera palabra de la pareja para que el sujeto trate de recordar su compañera, y otra de reconocimiento en la que le dicen las parejas completas y el sujeto tiene que decir si formaban parte de las que memorizó en la tarea pareja de palabras I.

- Memoria de caras del WMS-III: Consta de dos subtest caras I y caras II. Caras I se usa para evaluar la memoria inmediata y demorada mediante el reconocimiento de caras. Se le presentan 24 caras que debe tratar de recordar. Cada cara se presenta durante dos segundos y después tiene que identificarla en una serie de 48 caras. Tras finalizar la prueba se le dice que trate de recordarlas porque más adelante se le pedirá que vuelva a reconocerlas. El subtest caras II es una tarea de reconocimiento de las caras I en la que se presentan las 24 caras de la anterior prueba y 24 caras nuevas. El sujeto debe tratar de reconocer entre ellas si le resultan familiares o son nuevas.
- Memoria de escenas del WMS-III: al igual que los anteriores consta de dos partes. Escenas I evalúa la capacidad del sujeto para recordar información visual compleja y significativa. Se presenta al sujeto cuatro escenas diferentes de una familia para que recuerde la mayor cantidad posible de información de cada escena. Cada escena se muestra durante diez segundos. Una vez que se presentan las cuatro escenas se le pide que recuerde que personajes aparecían en cada una de ellas, dónde estaban situados en el dibujo y qué estaban haciendo. Una vez que se le ha preguntado sobre las cuatro escenas se le pide que las recuerde porque más adelante se volverá a hacer preguntas sobre ellas. En el subtest escenas II, se pasa una tarea de recuerdo de cada escena de Escenas I. Se muestra una hoja dividida en cuatro cuadrantes y se le incita al sujeto a que responda a varias preguntas.

#### **Atención:**

- Trail making test: Se trata de un test ampliamente utilizado para evaluar la capacidad de atención alternante. Es importante que el sujeto no presenta déficits

visuales ya que se le va a pedir que una dos secuencias de letras y números. Para llevar a cabo la tarea correctamente es necesario realizar una adecuada exploración visual. La lentitud en la coordinación visomotriz o las dificultades de atención aumentan el tiempo de ejecución.

- Test de Stroop: evalúa la capacidad de un sujeto para inhibir una respuesta automática. De esta prueba se obtienen cuatro medidas y una de ellas, la de interferencia, refleja la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno y reaccionar selectivamente a esa información. Esta puntuación se considera una buena medida de las funciones ejecutivas. Para realizar esta prueba, se le va a mostrar al sujeto una serie de palabras referidas a colores pero coloreadas de otro color, es decir, se muestra la palabra escrita "rojo" pero escrita del color azul. El sujeto debe leer la palabra evitando no decir el color en la que se encuentra escrita.
- Torre de Londres: Esta prueba se utiliza para evaluar la capacidad de planificación y resolución de problemas. El material de la prueba consiste en una base con tres barras verticales y tres bolas de diferente color que se pueden insertar en ellas. En la tarea se le solicita al sujeto que coloque las piezas en una posición concreta, siguiendo ciertas reglas. Existen 3 niveles de dificultad, que dependen del número de movimientos necesarios para realizar la tarea. La ejecución del sujeto es medida por el número de movimientos realizados para la solución del problema, el tiempo de latencia (tiempo entre la presentación del problema y el primer movimiento ejecutado) y el tiempo de ejecución (tiempo entre el primer movimiento y el último movimiento).
- Test de la A: Esta prueba evalúa la atención sostenida o vigilancia, y consiste en que el paciente tiene que escuchar una serie de letras aleatorias que son leídas por el examinador, entre las cuales se encuentra una letra objetivo (la letra "A"). El paciente tiene que dar un golpe cada vez que escuche la letra A. Las letras se leen a razón de 1 por segundo.



### **Funciones perceptivas, visoespaciales y visoconstructivas:**

- Finger tapping: Es un test diseñado para medir velocidad motora y calcular un índice de lateralización. El sujeto debe ir repitiendo la secuencia de sonidos que vamos ejecutando.
- Cubos del WAIS-III: Es un test que mide la capacidad de análisis y síntesis, lógica y razonamiento a nivel no verbal y por último la coordinación visomotriz.
- Figura compleja de Rey: consiste en copiar y después reproducir de memoria un dibujo geométrico complejo. La forma y calidad en que el sujeto copia la figura aporta información sobre su actividad y organización perceptiva, mientras que la reproducción efectuada una vez retirado el modelo informa sobre el grado y fidelidad de su memoria visual.
- Reconocimiento de caras de Benton: consiste en una serie de fotografías de caras no familiares para el paciente presentadas de frente que el sujeto debe correlacionar con un set de seis fotografías presentadas a parte, alguna de las cuales ha sido tomada desde un ángulo diferente o en otras condiciones de iluminación.

### **Orientación:**

- Izquierda-derecha de Benton: Todos los ítems que componen el test hacen referencia a las nociones derecha-izquierda y aprecian cinco dimensiones de orientación derecha-izquierda: identificación de partes del cuerpo (muéstrame tu mano izquierda), ejecución de movimientos dobles no cruzados, después cruzados (“toca tu oreja izquierda”), identificación de partes del cuerpo del examinador (“muéstrame mi brazo derecho”), ejecución de movimientos, haciendo intervenir la orientación sobre sí y sobre el otro, “con tu mano derecha, toca mi ojo derecho”).
- Test de orientación temporal de Benton: evalúa los cinco elementos básicos de orientación en el tiempo: día, mes, año, día de la semana y hora actual. Incluye cinco preguntas sobre la orientación temporal donde además de poder medir los

aciertos, también nos da la posibilidad de medir los errores y su grado de desviación.

## 2. Información sobre el envejecimiento

*No mires al pasado con aflicción. Ya no vuelve. Sabiamente,  
mejora el presente. Es tuyo. Ve al encuentro  
del sombrío futuro, sin miedo, y con un viril corazón.*

*Henry Wadsworth Longfellow*

Según Fernández, R. (1999), la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. El envejecimiento del ser humano es una etapa por la que tenemos que pasar indudablemente todos los seres humanos. Esta etapa está caracterizada por una serie de cambios en nuestro organismo que en interacción con los factores ambientales que rodean al sujeto da lugar a que esta etapa sea vivida de diferente manera por unas personas u otras. Estos cambios no comienzan en la vejez, ya en etapas anteriores comienzan a producirse, aunque sus resultados más evidentes se den durante este periodo. Las consecuencias de dichos cambios da lugar a una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

A continuación iré describiendo qué cambios se producen en diferentes áreas. Así a nivel morfológico se han identificado cambios en el peso y volumen cerebral. Esto se puede explicar ya que mientras que el volumen de los hemisferios cerebrales entre los 20 y 50 años no experimenta cambios, a partir de los 60 años se produce una disminución del 2% para ambos sexos que sumado a una pérdida de mielina y una disminución de la sustancia gris, que origina el ensanchamiento de los surcos cerebrales hace que sea posible dicha disminución del peso cerebral. Hay que recalcar, que dicho proceso atrófico no afecta por igual a todas las zonas cerebrales siendo los lóbulos frontales, temporales y parietales los más afectados, y los lóbulos occipitales y la base del cerebro los que menos.

A nivel sensorial, con el envejecimiento, se produce una pérdida sensorial, es decir, existe una disminución de la capacidad para responder a estímulos que afectan a nuestros sentidos. Para percibir una sensación, el estímulo debe alcanzar una determinada intensidad, denominada umbral. Con el envejecimiento, este umbral se eleva, de forma que la cantidad o intensidad del estímulo sensorial necesaria para ser consciente de la sensación es mayor.

Los cambios sensoriales pueden tener un impacto considerable en el estilo de vida. Pueden aparecer problemas en la comunicación, o en el disfrute de actividades e interacciones sociales. Pueden, en definitiva, facilitar una sensación de aislamiento. Aun así, los cambios sensoriales no se producen a la misma edad en todo el mundo, ni todo el mundo experimenta los mismos cambios ni con la misma intensidad. Aunque la mayor parte de causas relacionadas con los cambios sensoriales por edad son irreversibles, puede ser útil conocer los distintos cambios que pueden producirse y sus efectos para, así, tratar de distinguir entre los que son esperables por la edad de los que no lo son, y aprender qué puede hacerse para minimizar su impacto en la vida diaria.

En el aspecto cognitivo, existe un enlentecimiento global de las funciones mentales acompañado de una pérdida de la memoria reciente o a corto plazo. Existe también una disminución en la capacidad de aprendizaje fundamentalmente relacionada con trastornos de memoria de fijación, que es la que almacena la información.

Respecto a cambios psicológicos, no hay una modificación global de la personalidad asociada con el envejecimiento. No obstante parece que en esta etapa de la vida son más frecuentes la presencia de rasgos paranoides y quejas hipocondríacas. Personalidades frágiles e inmaduras pueden sin embargo tolerar mal las pérdidas asociadas a la edad pudiendo provocar cuadros depresivos o maniáticos.

En resumen todos estos cambios fisiológicos pueden resumirse en que el envejecimiento no es una enfermedad por si mismo, si bien suponen una disminución de la capacidad de respuesta y de reserva del organismo ante situaciones de agresión que pueden suponer una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad. Sin embargo, cuando todos estos cambios se producen de forma desmedida, si podemos hablar de enfermedad, siendo una de ellas la demencia.

## 2.1 Demencia.

Es importante centrarnos en el concepto de demencia ya que el 10% de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de demencia y este porcentaje se incrementa al 40% si hablamos de personas mayores de 80 años. Es por ello que a continuación explicaré esta enfermedad ya que sin duda es la que mayor prevalencia presenta en el centro residencial Ballesol.

Según Ochoa, E. (2004), el concepto de demencia ha sufrido transformaciones con el paso de los años. Un breve resumen histórico comienza en el siglo pasado en donde la demencia era referida como un síndrome que afectaba a la inteligencia y la memoria y era irreversible por lo que una vez que la persona mostraba signos de la enfermedad no recibía ningún tipo de ayuda y era dejada a su merced. A finales de dicho siglo, se consiguió un avance ya que se excluyeron del concepto de demencia, los cuadros que aunque afectando a las funciones cognitivas pertenecían al campo de la psicosis, por ejemplo: la esquizofrenia, considerada como la demencia precoz de Kraepelin. En el siglo XX, la demencia era definida como un síndrome orgánico adquirido producido por una causa orgánica, que ocasionaba un deterioro persistente de varias funciones mentales provocando incapacidad en la vida diaria. Un último dato en la evolución del concepto de demencia, es el abandono de la idea de irreversibilidad de la enfermedad en el DSM-III.

Una vez que se ha realizado un recorrido histórico del concepto de demencia, y centrándonos en el momento actual debemos decir que según Molinuevo, J.L. et al., (2009) la demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos, también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos. Lo esencial de la demencia es la existencia de una alteración en las funciones cognitivas, siempre incluyéndose el deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas: afasia, agnosia, apraxia o alteraciones de las funciones ejecutivas:

- Deterioro de la memoria: es el síntoma que tiene un inicio más temprano y se caracteriza por una incapacidad para aprender información nueva junto a un mayor

olvido de lo aprendido. Este tipo de alteración de la memoria, suele afectar primeramente a la memoria reciente para posteriormente producir un deterioro en la memoria remota.

- Afasia: es una incapacidad que se caracteriza porque el sujeto tiene dificultad para nombrar los objetos aunque él pueda entender correctamente el vocabulario. Al mismo tiempo se suele dar una dificultad en la pronunciación, omisiones gramaticales, lentitud en la conversación y uso de ayudas para referirse a un objeto del que desconoce su nombre, por ejemplo el uso de artículos determinativos. En fases avanzadas de la enfermedad, junto a lo anterior, se produce una dificultad en la comprensión y en la repetición siendo esto una etapa intermedia, ya que el fin de dicha incapacidad son las ecolalias y palilalias (repiten lo mismo una y otra vez).

- Agnosia: incapacidad para reconocer los objetos presentados por medio de una o más modalidades sensoriales aunque puedan describirlos.

- Apraxia: incapacidad para realizar ciertas acciones motoras, a pesar de estar intactas las funciones sensoriales, la comprensión de la tarea a realizar y las capacidades motoras.

- Funciones ejecutivas: alteraciones en la capacidad para la abstracción, planificación entre otras.

- Otros síntomas y trastornos asociados: los sujetos con demencia pueden presentar desorientación temporal y espacial, y al final personal; pobre capacidad de introspección y juicio crítico acerca de sus limitaciones o de los riesgos de algunas acciones; comportamientos desinhibidos; alteraciones emocionales (labilidad emocional, depresión, ansiedad, apatía, trastornos del sueño); cambios de carácter; síntomas psicóticos (ideas delirantes de persecución y alucinaciones); delirium.

Uno de los trastornos que suelen darse en las personas de la tercera edad y que se confunde con la demencia es el delirium. Es importante conocer las diferencias entre una y otra para poder hacer un buen diagnóstico diferencial. La demencia no implica la alteración de la conciencia, los síntomas suelen ser estables en lugar de fluctuantes y el deterioro cognitivo persiste durante meses. Y también es importante tener en cuenta que el delirium puede sobreañadirse a la demencia.

Por último llevaré a cabo una clasificación de los diferentes tipos de demencia. Según Baquero, M. et al.,(2009) el criterio de clasificación más extendido es el etiológico. Se pueden considerar tres grandes categorías etiológicas: demencias degenerativas primarias, demencias secundarias y demencias combinadas o mixtas (de etiología múltiple). Me centraré en la clasificación clínico-anatómica que es la que clasifica la demencia en función de los síntomas y de la localización de la lesión. Según ésta podemos distinguir las siguientes:

- Demencias corticales: este tipo de demencia se caracteriza por producir daños degenerativos en la corteza cerebral afectando sobretodo al lóbulo frontal. Dentro de ella podemos diferenciar entre:

- Demencia debida a enfermedad de Alzheimer.
- Demencia debida a enfermedad de Pick.

- Demencias subcorticales: en ellas se produce una disminución en la estructura profunda de la sustancia gris y blanca afectando a los ganglios basales, tálamo, núcleos de la base y las proyecciones de estas estructuras hacia el lóbulo frontal. Las más importantes son:

- Demencia debida a enfermedad de Parkinson.
- Demencia debida a enfermedad de Huntington.
- Demencia debida al VIH.

- Demencias globales: este tipo de demencia se caracteriza por ser una combinación de las dos anteriores. Dentro de ellas encontramos:

- Demencia vascular.
- Demencia debida a enfermedad de los cuerpos de Lewy.
- Demencia debida a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

- Demencias axiales: en estas demencias la degeneración afecta a estructuras mediales del lóbulo temporal, hipocampo, cuerpos mamilares e hipotálamo. La más importante es:

- Demencia debida a enfermedad de Wernicke-Korsakoff.

### 2.1.2 Enfermedad de Alzheimer.

A continuación ampliaré la información sobre la demencia debida a enfermedad de Alzheimer, ya que por prevalencia es la más extendida dentro del Centro Residencial Ballesol.

En primer lugar resaltaré la distinción entre los diferentes criterios que sigue el DSM-IV y CIE-10 para la consideración de la existencia de la enfermedad y por consiguiente su diagnóstico.

Según López, I., et al. (2002) el DSM-IV establece los siguientes criterios diagnósticos:

A. la presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
  - a) Afasia (alteración del lenguaje).
  - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
  - c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
  - d) Alteración de la ejecución.

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo en la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

- Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (ejemplo: enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva)



- Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (ejemplo: hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, infección por VIH).
- Enfermedades inducidas por sustancias.

La CIE-10 por su parte, establece los siguientes criterios:

1. Deterioro de la memoria:

- Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.

2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento:

- Reducción del flujo de ideas.
- Deterioro en el proceso de almacenar información:
  - Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez.
  - Dificultad para cambiar el foco de atención.
- Interferencia en la actividad cotidiana.
- Conciencia clara. Posibilidad de la superposición delirio/demencia.
- Síntomas presentes al menos durante seis meses.

Según la OMS, la enfermedad del Alzheimer se define como una "dolencia degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta síntomas neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia generalmente, de forma insidiosa y lenta que evoluciona progresivamente durante años. La evolución acostumbra a ser larga (entre 8 y 10 años), aunque a veces puede ser de 2 a 3 años. Supone un cambio en la vida del enfermo y de su entorno familiar. Además de una tremenda carga física, psíquica y económica para el enfermo y para la familia que se enfrenta a este problema. Muchas veces los familiares se sienten superados y "quemados" debido a esta situación".

Según Molinuevo, J.L., (2009), la enfermedad de Alzheimer es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y demencia y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas.

En la enfermedad de Alzheimer destacamos las siguientes fases:

- Etapa inicial o fase 1: Esta primera etapa se caracteriza por la existencia de pérdidas de memoria, siendo el rasgo más característico los olvidos, es decir, se olvidan de donde han dejado las llaves, los nombres de las personas, acudir a determinadas citas. Estas pérdidas de memoria, en un principio, pueden pasar inadvertidas por ser bastante leves pero con el tiempo llegan a interferir en el día a día de la persona. Esto origina cambios de humor y enfados en el enfermo, cuando se dan cuenta de que están perdiendo el control del entorno que les rodea. Otro rasgo significativo de esta fase, son los cambios en el lenguaje. La persona en sus conversaciones usa frases más cortas, mezclan ideas sin relación directa, tienen problemas para encontrar palabras, aunque continúan razonando adecuadamente.

- Etapa intermedia o fase 2: En esta fase se agrava la situación anterior y si antes existía la duda de que el comportamiento de la persona podría ser por otros motivos, ahora es inevitable darse cuenta de que está enfermo. En esta fase disminuye la memoria reciente y empiezan a producirse cambios de comportamiento más acusados: agresividad, miedos, alucinaciones. Por ello el paciente pasa a ser más dependiente, necesitando ayuda para el autocuidado, es incapaz de trabajar y se muestra confuso con facilidad, necesitando una supervisión diaria de todo lo que hace. En cuanto al lenguaje es cierto, que en esta etapa las rutinas o conversaciones superficiales pueden verse conservadas pero cuando se profundiza empiezan a aparecer dificultades ya que repite frases, no las acaba, le cuesta relacionar y diferenciar conceptos. Sus movimientos al contrario que en la etapa 1 donde siguen estando bien, en la fase 2 empiezan a perder el equilibrio, tienen caídas espontáneas y necesitan ayuda para deambular.

- Etapa avanzada o fase 3: En la última fase, el paciente depende por completo de terceras personas para su subsistencia. Necesita ayuda incluso para las tareas más

básicas: comer, limpiarse, moverse. La memoria empieza a perderse tanto la reciente como la remota. No reconocen a sus hijos, cónyuges, etc. Su comportamiento es como el de un niño pequeño: llora, grita, se agita, no comprende una explicación y pueden tener periodos y comportamientos desinhibidos y agresivos. En cuanto al lenguaje balbucean. Muchos pacientes permanecen rígidos y mudos. Les cuesta controlar sus esfínteres, se atragantan, le cuesta tragar y no controlan sus gestos. Aumentan las complicaciones y riesgos derivados de infecciones, deshidratación, desnutrición, heridas por inmovilización, etc. En ocasiones, la causa final de la muerte suele estar relacionada con alguna de estas complicaciones.

Gramunt, N., (2010) relaciona las tres fases de la enfermedad de Alzheimer con los distintos niveles de la Escala Global de deterioro de Reisberg. El nivel GDS-4 se correlaciona con un estadio de enfermedad leve-moderada. El nivel GDS-5 se equipara a enfermedad de Alzheimer moderada-grave. Estos dos niveles GDS corresponderían a la fase 1. El nivel GDS-6 es un Alzheimer grave (fase 2) y por último GDS 7 es un Alzheimer muy grave y correspondería a la fase 3.

### **3. Programa Especializado de Atención a Residentes con Demencia Avanzada “Personas Siempre”.**

El centro Residencial Ballesol, centra su actividad dentro del campo de la Psicología, en un programa de envejecimiento activo llamado "Personas Siempre". Este programa se crea con el fin de evaluar las necesidades de los pacientes con demencia avanzada en un entorno residencial y establecer un programa de intervención que produzca mejoras en la calidad de vida tanto de ellos como en la de sus familiares. El método de intervención que proponen, consiste en ejercicios que potencien a nivel cognitivo, emocional y relacional, en un primer momento intentando preservar las funciones cognitivas que presentan y posteriormente centrarse en la mejora de aquellas en las que presenta déficit. Toda la intervención, como se ha comentado, tiene el fin de mejorar la calidad de vida y que por consiguiente tengan una mayor autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria.

El plan de intervención que aplican combina la estimulación visual, musicoterapia y actividades basadas en el método Montessori. A continuación se explicarán brevemente cada una de ellas:

- Estimulación visual: consiste en una decoración del entorno donde reside la persona. Es fundamental usa imágenes reales y claras que puedan estimular recuerdos y que sean de colores alegres, ya que se ha comprobado que dichos colores elevan el estado de ánimo. Se elimina la televisión, dado que las personas con esta patología no se benefician de ella, e incluso puede llegar a alterar su conducta. La pantalla de televisión sirve como medio para proyectar imágenes y música adecuada a los horarios, actividades y gustos de los residentes.
- Musicoterapia: la musicoterapia dentro del programa Personas Siempre se usa tanto como acompañamiento de ciertas actividades así como de música ambiental para aquellas personas encamadas y que presentan un déficit cognitivo severo. Esta técnica presentan muchos beneficios en las personas mayores entre los que se encuentra, la capacidad de generar sentimientos positivos y por consiguiente una mejora del estado de ánimo. Durante la sesión de musicoterapia, la persona verbaliza sus emociones, reacciona ante el estímulo

sonoro, despierta vivencias ocultas en su subconsciente o se expresa a través de dibujos o palabras. Todo ello sirve como método de relajación y de reducción de la ansiedad.

- Programa diario de estimulación basado en Método Montessori para Personas con Demencia: Los objetivos de esta intervención consisten en: proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de actividades de la vida diaria (AVD) básicas, proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente, y disminuir las alteraciones de conducta y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores formales e informales.

### **3.1 Método Montessori.**

Como se ha comentado anteriormente, uno de los aspectos que configuran el programa que sigue el centro residencial Ballesol, es el programa de estimulación basado en el método Montessori. Creo que muchos, y centrándome en mí, desconocía de la existencia de dicho método, por lo que a través de una revisión bibliográfica pude conseguir información muy interesante que resumiré a continuación.

El método Montessori es un método de intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo en donde se usan las actividades del método Montessori (Buiza, C., et al., 2007). Dicho programa obtiene buenos resultados en el Myers Research Institute de Cleveland y que fue adaptado por Cameron Camp en 1999. En un primer momento fue creado para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales, aunque se comprobó de los beneficios de usar este método con personas con deterioro cognitivo. En España, esta teoría se adaptó y utilizó para crear el método Montessori para personas con demencia por la Fundación Instituto Gerontológico Matía-INGEMA.

La filosofía de María Montessori al crear dicho programa de intervención, es la consideración de que el problema no está en el que aprende si no en el que enseña, que no se adapta adecuadamente a las necesidades y características individuales de la persona mayor. Basado en esta filosofía, el programa dirigido a personas con deterioro cognitivo grave tiene como objetivos:

- Proporcionar a las personas con deterioro cognitivo grave tareas que permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el paciente.
- Disminuir las alteraciones conductuales.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

En su puesta en práctica, el método Montessori se basa en una serie de principios fundamentales para conseguir un resultado óptimo. Algunos de los principios más importantes de este método son los siguientes:

- Utilizar materiales de la vida real.
- Progresar de lo simple a lo complejo.
- Progresar de lo concreto a lo abstracto.
- Permitir el aprendizaje para progresar en una secuencia.

La intervención con el paciente se centra en realizar actividades muy procedimentales mediante las que se proporcionará estimulación cognitiva adaptada a su nivel cognitivo y funcional. Estas actividades se realizan de una manera en las que no les resulta artificial, puesto que son tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria y el sujeto puede verse prejudgado.

#### **4. Actividades de la unidad de psicología.**

Me siento agradecida por la confianza que ha depositado en mí todo el personal del Centro Residencial Ballesol, ya que desde primera hora me trataron como a una psicóloga más y pude ejercer con libertad el programa de actuación que allí tienen implantado.

Semanalmente los residentes tienen un horario de actividades, tanto de mañana como de tarde en donde se pone en marcha el programa de estimulación del método Montessori, así como del resto de elementos del programa "Personas Siempre". Para poder trabajar cómodamente y así tener con ellos una atención óptima, los grupos se dividen en función del déficit cognitivo que presentan los ancianos, no siendo nunca superior a 8 residentes para así poder tener con ellos una atención individualizada. Los grupos se van a formar según la puntuación obtenida en los test que el servicio de psicología se encarga de pasar ante la llegada de un nuevo residente.

El test que más relevancia tienen en dicho centro a la hora de formar los grupos es la Escala Global de deterioro de Reisberg. Esta dinámica a la hora de hacer los grupos también pude observarla en mi lectura del manual Volver a empezar de Tarrága, L. et al. (1999). También hay que tener en cuenta que al ser un centro residencial, los sujetos no están obligados a asistir a las sesiones que se proponen e incluso existen actividades alternativas fuera del área de psicología a las que pueden asistir. Por este motivo en ocasiones, realizar el trabajo es complicado ya que puede darse el caso de haber dos personas con deterioros cognitivos diferentes en una misma sesión grupal. Para evitar este problema es importante acudir a la sesión con el material adecuado tanto para personas con un déficit mayor como las que tienen uno menor.

El horario tipo de una semana en el centro es el siguiente:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno y aseo					
10:00-11:00	Terapia de orientación a la realidad	Estimulación cognitiva (memoria)	Estimulación cognitiva (funciones ejecutivas)	Terapia de orientación a la realidad	Reminiscencia
11:00-12:00	Musicoterapia	Misa	Estimulación cognitiva (lenguaje)	Estimulación cognitiva (gnosias)	Estimulación cognitiva (esquema corporal)
Comida y siesta					
18:00-19:00	Estimulación cognitiva (praxias)	Estimulación cognitiva (actividades significativas)	Atención a personas encamadas	Estimulación cognitiva (cálculo)	Musicoterapia
19:00-20:00	Estimulación cognitiva (orientación)	Estimulación cognitiva (lectura y escritura)	Estimulación cognitiva (actividades significativas)	Libro de recetas	Cine
Cena					

A continuación pasaré a describir teóricamente en que consisten las diferentes terapias que ofrece el centro residencial Ballesol, para más tarde explicarlos desde mi punto de vista, proporcionando información sobre las principales dificultades que encontré cuando tuve que llevarlas a cabo con residentes de dicho centro.

#### 4.1 Terapia de orientación a la realidad

La terapia de orientación a la realidad es una técnica que mejora la calidad de vida de las personas ancianas con estados de confusión. Opera mediante la presentación de información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona), lo cual se considera que proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y posiblemente produce un aumento de la sensación de control y la autoestima. Esta terapia es adecuada para todas las demencias y trastornos cognitivos y está especialmente indicada en casos de demencias leves y moderadas.



Cognitivamente, lo que se pretende con la orientación a la realidad es ayudar a superar los problemas de la memoria episódica a corto y largo plazo y estimular los sistemas de acción cerebrales, así como superar los problemas de la memoria episódica remota autobiográfica (largo plazo).

Como se comentó anteriormente, antes de usar cualquier terapia, la unidad de psicología valora el estado de deterioro y situación en la que se encuentra el paciente ya que en algunos tipos de demencia, la terapia de orientación a la realidad puede considerarse excesiva, y provocar en el sujeto síntomas de ansiedad y depresión.

Dentro de este taller los objetivos de la residencia Ballesol a la hora de aplicar la terapia son:

- Tratar de superar la confusión y la desorientación.
- Incrementar la autonomía.
- Evitar el aislamiento social y familiar.

En función del nivel de deterioro cognitivo, en la terapia de orientación a la realidad existe tres grupos, en cada uno de los cuales se trabajará aspectos muy diferentes.

En el nivel básico que se correspondería con los niveles GDS 5-6, se realizarán tareas en las que se van a tratar información actual y se trabajará la orientación a un nivel elemental. El nivel estándar, fases del GDS 3-4, se centrará en la orientación básica y estimulación y actividad sensorial junto con el fomento de las relaciones interpersonales y el aprendizaje. Y por último el nivel avanzado (GDS 1-2) consistirá en coloquios en donde se hablarán de todos los aspectos cotidianos recientes y pasados.

Una vez que tenemos reunido el grupo para la sesión, y al saber de antemano el historial de cada residente, haremos grupos equiparables al déficit cognitivo que cada residente presenta, para que así nos sea más fácil trabajar con ellos.

En el caso de los sujetos pertenecientes al nivel básico, debemos comenzar recordando en todas las sesiones varios aspectos importantes relacionados con la orientación temporal. En este sentido, empezaremos preguntándole que día de la semana es, en qué año estamos, en qué momento del día nos encontramos, por último la

estación en la que nos encontramos. A continuación seguiremos con el coloquio que puede tratar sobre diversos temas. Uno de los que más prefieren hablar en la residencia son las fiestas tradicionales. Por ejemplo, si estamos en el mes de diciembre, le preguntamos a los ancianos cual es la fiesta que se acerca, una vez que nos dan la respuesta acertada (Navidad) empezamos a preguntarles sobre dicha fiesta. Preguntas típicas que suelen realizarse serían:

- ¿Qué día es la Nochebuena?
- ¿Qué alimento es típico de las navidades?
- ¿Qué se suele cantar en esas fechas?

Si nos encontramos cerca de la Semana Santa se preguntaría sobre ella y así con todas las fiestas cercanas en función del mes en el que estemos.

Otro ejercicio que podemos aplicar al mismo grupo de ancianos se basa en la orientación personal. Al igual que en el anterior, la dinámica consiste en hacer preguntas a los residentes para que así nos den información sobre ellos mismos.

- ¿Cómo se llama?
- ¿En qué año nació?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Está casado/a?
- ¿Cómo se llama su esposo/a?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Y nietos?
- ¿Cómo se llaman?
- ¿Qué edades tienen?
- ¿En qué calle vive?
- ¿Cuál es su número de teléfono?

Y por último la orientación espacial:

- ¿Dónde estamos?
- ¿Qué es este sitio?

- ¿En qué provincia estamos?

En el nivel estándar, también se realizan coloquios y se intercalan temas de discusión sobre el presente y el futuro pero con una mayor supervisión por parte de la psicóloga. En la residencia Ballesol, hay un grupo de ancianos muy aficionados a los toros, en este nos aprovechamos de este tema y realizaremos con ellos coloquios sobre la tauromaquia, preguntando sobre cual es la ganadería más famosa, cuál es mejor torero, si han estado en alguna corrida de toros incitándoles a que nos cuente su experiencia. Lo más importante en este grupo, es intentar conseguir que los residentes aprendan a escuchar y a mantener la línea de la conversación permitiéndoles hacer preguntas coherentes con el tema que se está tratando. También se ha dado el caso de coloquios sobre la religión, un tema que da mucho juego ya que existen posiciones muy dispares entre los residentes.

Por último en el nivel más avanzado, la actividad que prefieren y la que fomentamos es la lectura del periódico. En esta actividad, nos sentamos en un círculo y comienzo a leer los titulares que considero más importantes de la actualidad. Después de cada titular doy la palabra para que puedan intervenir en la sesión y den información complementaria a ese artículo o simplemente su opinión sobre lo que se ha leído.

## **4.2 Musicoterapia**

El anciano tienden a aislarse o a que se le aisle, de esta forma entra en un círculo vicioso en el que la ausencia de estímulos o de relaciones sociales se convierte en una falta de curiosidad ante la realidad del entorno. En tales circunstancias, la música puede serle de gran ayuda. La terapia musical aplicada a pacientes ancianos, posee unos objetivos específicos, basados en la posibilidad que ofrece el sonido de estimular y de comunicar con pacientes, que por distintas razones, tienden a encerrarse en sí mismos.

La musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud física y mental así como un elemento fundamental para la educación de las personas. La música ayuda a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo lo que produce mejoría en la adaptación a su nuevo entorno.

La musicoterapia nos sirve de técnica terapéutica ya que actúa en distintos grados:

- Como elemento socializador.
- Para la mejora y mantenimiento de las capacidades cognitivas.
- Como elemento para fomentar la actividad física.

Existen estudios que han demostrado que la musicoterapia, mejora el equilibrio en las personas mayores produciéndose así una disminución de forma considerable de las caídas aumentando con ello su independencia y autoestima.

En el centro residencial Ballesol existen dos grupos diferenciados en la sesión de musicoterapia.

Los residentes que forman parte del grupo de déficit grave y muy grave (GDS 5-7), la musicoterapia consiste en reunirlos en una habitación, poner música relajante y hacer estimulación táctil con ellos. En las personas ancianas, el lado afectivo se encuentran muy sensibilizado, por ello este tipo de actividad tiene muchos beneficios para ellas. En primer lugar se sienten queridos y por lo tanto se fomenta en sentimiento de pertenencia a un grupo y en segundo lugar, la música relajante les ayuda a disminuir su nivel de ansiedad.

Los residentes que forman parte del grupo GDS 1-4, realizan ejercicios en donde se trabaja conjuntamente la actividad física con la música. Una vez reunidos los residentes, que forman parte del grupo avanzado, nos sentamos en círculo alrededor de una mesa y ponemos la música. Uno de los ejercicios que podemos realizar es el juego de la pelota. El juego de la pelota consiste en ir rodando la pelota de una persona a la otra. Es importante recalcar que la pelota debe rodar y no lanzarla para evitar posibles daños. En cuanto a la música, ésta se irá parando en intervalos de tiempo y quien tenga la pelota queda eliminado del juego. Es un ejercicio muy dinámico y divertido que ayuda a fomentar los lazos sociales. Similar al ejercicio anterior es el juego del globo, en este caso los residentes se pasan el globo los unos a los otros sin que toque la mesa, cuando se para la música el último que lo haya tocado es el que queda eliminado.

### 4.3 Reminiscencia

La reminiscencia es una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a la persona a mantener su propia identidad. No sólo se va a rememorar hechos del paciente sino también las emociones que iban ligadas a esos hechos.

Los objetivos de esta terapia son:

- Mantener y reforzar la autoestima sacando siempre los aspectos positivos de los recuerdos.
- Poner de relieve la experiencia y sabiduría acumuladas del paciente.
- Evitar que la persona sienta que es uno más: se fomenta la identidad personal
- Sentirse importante al saber que los demás compañeros escuchan mi pasado.

El ejercicio utilizado en pacientes avanzados es el libro Historia de vida. Consiste en el diseño por parte del terapeuta junto con el residente, de un libro en el que se van a recoger los aspectos importantes de la vida del paciente, es decir, es una especie de biografía resumida, donde se pueden insertar fotografías y otros documentos que fueron importantes en la vida del anciano. Los aspectos que se recogen en el libro Historia de vida son:

- ¿Quién soy yo?: nombre y apellidos, dirección, teléfono, pareja o cuidador
- Mi infancia: datos principales (fecha de nacimiento, nombre del padre, nombre de la madre, lugar de nacimiento, lugar donde viví), juguetes o animales preferidos, lugares de veraneo, el día de la primera comunión, amistades, escuela, árbol genealógico y recuerdos.
- Mi adolescencia y juventud: primer trabajo, aficiones, noviazgo y hechos relevantes.
- Mi madurez: la boda, viaje de bodas, mis hijos, trabajo, aficiones, amigos, el primer coche, lugares de vacaciones y hechos relevantes.
- Así soy ahora: mis últimos años de trabajo, residencia habitual, hechos relevantes de la familia o entorno y el entorno actual
- El antes y el ahora: éste soy yo antes y éste soy ahora, éste es mi pareja de antes y éste es mi pareja de ahora, otros aspectos.

- El día a día: cómo es mi casa, cómo es mi habitación, qué hago en un día normal. qué hago durante la semana.
- Mis cosas: aficiones e intereses actuales

Una vez que los residentes han elaborado su libro de memoria, se les entrega una copia a cada uno de ellos, con el objetivo de que puedan guardarlo y comentarlo con otros residentes. A la vez se crea un mural con cartulinas y fotos que resuma todo lo escrito en el libro para que puedan colgarlo en su habitación, donde les servirá de recuerdo de la actividad a la vez que le sirve de decoración.

Otro ejercicio que tiene gran aceptación por parte del grupo avanzado es una actividad que consiste en intentar relacionar acontecimientos importantes de la vida de la persona con acontecimientos sociohistóricos locales, nacionales o mundiales. Un ejemplo sería relacionar el día que yo nací con el comienzo de la Guerra Civil Española, o de la misma manera sería relacionar cuando empecé a ir al colegio con el inicio del uso de las cartillas de racionamiento.

En pacientes con déficits moderados el ejercicio más usado es la caja de los recuerdos. Este ejercicio puede realizarse si existe una activa participación de los familiares. Ellos son claves para el buen funcionamiento puesto que son los responsables de traer a la residencia una caja con objetos personales de la persona anciana. Una vez que se ha reunido la caja de los recuerdos, formada por fotos, carnet, videos, cintas, discos, muñecas de trapo, vestuario antiguo, se reúnen a los ancianos y cada día se abre la caja de uno de ellos. El objetivo es que la persona propietaria de dicha caja vaya narrando todo lo que recuerde sobre el objeto que hemos extraído. Esta idea se repite en todas las sesiones y con todas las cajas de recuerdo. Si la persona no tiene familiares o éstos no participan activamente, su objetivo en la sesión es narrar experiencias que hayan tenido con el objeto se está comentando y contar así su propia experiencia.

Por último, en pacientes con deterioro grave trabajaremos el aspecto sensorial. Al igual que en el ejercicio anterior, se pide a los familiares que busquen o traigan al centro elementos que hayan pertenecido a la vida del anciano, centrándose sobretodo en ropa, colonia y música. Si el anciano no tiene familia, es el terapeuta el que acude a la habitación del sujeto y busca este tipo de objetos entre sus pertenencias. Lo importante

es que no recuerde historias sobre dicho objeto, sino que sólo busquemos la estimulación sensorial.

#### **4.4 Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos combinando técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas. El objetivo es realizar intervenciones para estimular y mantener las capacidades mentales de la persona, y además, mejorar el rendimiento cognitivo y tener una mayor autonomía personal.

En el centro residencial Ballesol, se trabaja siguiendo el programa Personas Siempre, consistiendo la estimulación cognitiva en la potenciación de diferentes áreas: praxias, orientación, memoria, actividades significativas, lectura y escritura, funciones ejecutivas, lenguaje, gnosias, cálculo y esquema corporal. Usan para ello el manual de ejercicios de Peña, J. (1999). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación La Caixa

##### **4.4.1 Taller de memoria**

En Ballesol, los objetivos que se intentan cumplir por medio del taller de memoria son:

- Ejercitar la memoria inmediata, mediante la presentación de estímulos visuales y auditivos.
- Optimizar la memoria reciente, mediante la presentación de estímulos verbales y visuales.
- Ofrecer elementos emotivos que favorezcan que los recuerdos lejanos permanezcan.
- Mejorar la orientación de la persona

Como se ha comentado en anteriores ocasiones, los residentes del centro se agrupan en función del déficit que presentan para poder trabajar mejor con ellos. Con los residentes que presentan un deterioro leve GDS 1-3, las sesiones tendrán el objetivo de disminuir los déficits que presentan:

- Con temas recientes, la persona recuerda la idea general pero tiene problemas de recordar los detalles.
- Dificultad en recordar datos antiguos cuando se realiza una entrevista en profundidad.

Con los residentes del nivel GDS 4, hay que intentar que la persona no pierda la capacidad de expresarse y que sea autónomo a la hora de realizar sus actividades básicas de la vida diaria a la vez que solventaremos los siguientes problemas:

- Cuando se recuerdan datos antiguos la persona tiene dificultad en localizarlos
- No recuerda con facilidad los hechos recientes
- Distorsión de los recuerdos, esto se debe a que la persona tiene la necesidad de rellenar aquella parte de su vida que no es capaz de recordar.

En aquellas personas con un déficit equivalente al nivel GDS 5 tienen problemas en:

- Memoria a corto plazo que se encuentra muy debilitada, no sabe dónde está, ni en qué fecha, tampoco sabe decir dónde vive.
- Respecto a la memoria episódica, tampoco recuerda datos importantes de su infancia.

Por último en pacientes GDS 6-7 es muy difícil trabajar la memoria ya que no sólo presenta problemas de memoria sino también de comunicación.

La mayor parte de las actividades del taller de memoria, se realizan con pacientes con un deterioro cognitivo leve. Estas actividades consisten en ejercicios, que en ocasiones serán hablados, aunque en otros casos serán escritos. Debido a ello, deberemos tener en cuenta si el anciano presenta algún déficit sensorial y adaptar la sesión a ellos.



Ejercicios tipo del taller de memoria en Ballesol son:

TALLER	OBJETIVO
Reminiscencia a partir de conversaciones	Entablar conversaciones que ayuden al paciente a recordar muchos y diversos temas. Al fin de estimular los recuerdos podemos formular preguntas.
Creación de la línea del tiempo	Para la elaboración de la línea del tiempo usaremos fechas y hechos importantes, ya sean históricos o personales. Le daremos un folio al residente. En la parte superior anotamos el año de nacimiento y en la inferior la fecha actual. Él deberá ir rellenando los huecos con acontecimientos importantes de su vida.
Reminiscencias temáticas	Entablar conversaciones sobre temas diversos con el fin de estimular reminiscencias específicas.
Elaboración de un diario de actividades	Al final de cada jornada debe anotar con detalle todo lo que haya hecho durante el día: visitas, talleres, comidas. Deben especificarse las horas.

#### 4.4.2 Taller de orientación

La orientación es una de las capacidades que antes pierden los enfermos de demencia. El primer tipo de orientación afectada es la temporal, seguida de la espacial y por último la personal.

Los objetivos de la estimulación de la orientación:

- Favorecer y activar la orientación espacial para mantenerla el mayor tiempo posible.
- Favorecer y activar la orientación temporal, para mantenerla el mayor tiempo posible usando referencias temporales que le permitan distinguir el tiempo presente y el pasado.
- Mantener la orientación personal.

Entre las estrategias que sigue el centro para fomentar la orientación de los residentes es la colocación de calendarios, notas, carteles indicativos de las diferentes

zonas del centro, calendario de actividades, calendario con la comida semanal consiguiendo con ello el fomento de la autonomía personal de las personas mayores.

Como se han indicado en los objetivos, se va a intentar disminuir los problemas de orientación espacial, personal y temporal que presenten los ancianos. Las sesiones trabajarán aspectos distintos en función de los déficits que presente el grupo. En cuanto a la orientación nos encontramos con los siguientes problemas.

En pacientes GDS 3 los errores de orientación son leves. Puede desorientarse en algunas ocasiones en lugares desconocidos o poco frecuentados, puede equivocarse de día, hora o fecha y puede tener olvidos ocasionales. En pacientes GDS 4 tienen un deterioro temporal más evidente confundiéndose de mes e incluso de la estación del año. En el nivel GDS 5 no saben en qué ciudad se encuentran y no son capaces de recordar el camino hacia zonas cocinas como su habitación o el comedor. Los residentes con un GDS 6 temporalmente pasan de saber en que fecha se encuentran a no saber si es por la mañana o por la tarde, pierden el orden cronológico de los acontecimientos, confunden el pasado con el presente y preguntan por familiares ya fallecidos. Por último en GDS 7 los pacientes están completamente desorientados y permanecen encamados.

Puntos importantes que hay que entrenar en orientación son:

- Espacio: conceptos de izquierda-derecha, delante-detrás, encima-debajo; orientación en un espacio limitado pequeño; orientación en espacios más amplios; orientación en espacios abiertos; orientación mediante mapas.
- Tiempo: horas del reloj; concepto pasado, presente y futuro; día: semana, mes, año y siglo; estaciones del años; recuerdo de fechas históricamente señaladas.
- Persona: nombre, edad, estado civil, profesión, número de hijos, fechas importantes sobre su vida, nombre de familiares, recuerdos importantes.

Con los diferentes talleres se van a trabajar dos tipos de orientación:

- Orientación temporal
- Orientación espacial

Los ejercicios más frecuentes que se realizan en Ballesol son:

		Nivel GDS	Ejercicio	Definición
Orientación	Temporal	GDS 1-4	Estimulación del conocimiento semántico y cultural sobre el tiempo	Diálogos sobre el tiempo, las estaciones y fiestas tradicionales.
			Planificación anual, mensual, semanal y diaria	Trabajar con el paciente la planificación de tareas del año, mes, la semana o el día. Incidir sobre la cantidad de detalles.
		GDS 4-5	Conocimiento y recuerdo de festividades del año	En una hoja escribir las fiestas del año incluyendo las fiestas familiares.
			Orientación temporal diaria: el reloj	Con un reloj de cartón se trabaja las horas en las que ocurren las actividades cotidianas.
	Espacial	GDS 1-4	Orientación geográfica general en mapas	Mediante mapas situar los lugares que les vamos diciendo
			Conocimientos culturales geográficos	Trabajar el reconocimiento de monumentos, museos... y su localización en un mapa.
		GDS 5	Orientación en la residencia	Con un plano de la residencia, ir haciendo preguntas sobre las diferentes áreas del edificio

#### 4.4.3 Praxias

Con el término apraxia se hace referencia a la dificultad de realizar movimientos de forma fina y coordinada, presuponiendo que la capacidad motora está intacta así como la comprensión del movimiento que debe efectuar. Un mayor deterioro de esta capacidad irá acompañado de una incoordinación deglutoria y finalmente casi de una completa acinesia.

Para entrenar o estimular las praxias, la persona tiene que tener capacidad de comprensión, para que entienda qué es lo que tiene que hacer en cada tarea. También, es importante que la persona mantenga la abstracción y que no tenga problemas articulatorios o musculares que le impidan realizar la actividad, no porque no sepa hacerla si no porque le duela o moleste.

Los objetivos de la estimulación de las praxias son:

- Optimizar la motricidad fina como requisito previo para la motricidad con intencionalidad.
- Favorecer la producción de actos motores voluntarios.
- Mantener la mecánica de la escritura para seguir escribiendo.
- Favorecer las habilidades viso-constructivas.

Como siempre dividiremos al grupo que haya venido a la sesión en función de su nivel cognitivo. No existe un horario específico y obligatorio para cada grupo, si no que al ser una residencia, y como comenté anteriormente, no hay obligación de tener que asistir a las sesiones, así que se trabajará en función del tipo de persona que acuda. Si se trata de sujetos con un déficit cognitivo diferente, se harán pequeños grupos y la psicóloga irá trabajando con ellos de forma individual, y si sólo hay personas de un mismo grupo de déficit cognitivo se trabaja simultáneamente con todos ellos.

Los aspectos que se trabajan en este taller son:

- Manipulación de objetos.
- Gestualidad de comunicación.
- Destreza manual.
- Praxis constructiva gráfica.
- Praxis constructiva manipulativa

		Nivel GDS	Ejercicio	Definición	Observaciones
Praxias	Manipulación de objetos	GDS 1-4	Mímica de manipulación de objetos a partir de imágenes	Mostramos al paciente un objeto y le pedimos que mediante mimo represente su uso. Los demás deben averiguar que objeto es.	Esta actividad tiene una doble dificultad: el reconocimiento de las imágenes y el conocimiento correcto de su uso.
		GDS 4-5	Manipulación real de objetos a partir de órdenes verbales	Les damos a los sujetos una serie de objetos para que los toquen y les pedimos que nos indiquen que objetos son. Al mismo tiempo se hacen preguntas sobre él.	Se trabajará: conocimiento del objeto, conocimiento de su uso, conocimiento de su manipulación y ejecución real de utilización del objeto
		GDS 5	Conocimiento de utilización de objetos	El paciente nos tiene que decir el uso del objeto que le mostramos y le decimos el nombre.	Es importante usar objetos relacionados con el vestir, la comida y la higiene.
	Gestualidad de comunicación	GDS 4	Realización de gestualidad de comunicación a partir de órdenes verbales	Les decimos un gesto y el tiene que reproducirlo	Propuestas de gestos: sonreír, sorprenderse, sacar la lengua, saludar.
		GDS 4-5	Reconocimiento de la gestualidad de comunicación	Realizamos un gesto y pedimos al paciente que identifique que es lo que estamos haciendo	

Praxias	Destreza manual	GDS 4-5	Manipulación de cordones y de lazos de zapatos	El paciente debe colocar los cordones en un zapato y hacer el lazo	
			Recortar	Se pide al paciente que recorte los elementos que le indicamos	No debe exigirse perfección
		GDS 5-6	Manipulación y enhebrado de piezas de madera	Pedimos al paciente que introduzcan unas piezas de madera en unas varillas lo más rápido que puedan	Se puede usar varias órdenes: ordenar las piezas por colores, ordenarlas según la forma.
			Manipulación de botones y de cierres de prendas de vestir	Vamos a pedir que trabajen con botones de diferentes tamaños. Abrochar y desabrochar	Tendrán menos dificultad con botones grandes.
			Colorear	El paciente debe colorear las figuras que le damos	El número de colores se adapta a la capacidad del paciente: GDS 5 (negro, rojo, azul, verde y amarillo) GDS 6 (rojo, verde y amarillo)
	Praxis constructiva gráfica	GDS 1-4	Dibujo copiado	Se pide al paciente que copie una serie de dibujos	Se debe trabajar en función de las capacidades del paciente
		GDS 4-5	Dibujo espontáneo	Pedir que dibuje lo que quiera	Conviene animarlo y reconfortarlo explicándole que la calidad del dibujo carece de importancia
	Praxis constructiva manipulativa	GDS 4-6	Modelados adaptados	Modelar figuras concretas o inventadas con plastilina	
			Rompecabezas		

#### 4.4.4 Taller de estimulación del esquema corporal

Es muy importante estimular el esquema corporal de la persona porque mediante su entrenamiento se pueden mejorar otras áreas, como la memoria a corto y a largo plazo, el reconocimiento del propio cuerpo, la lateralidad, el mantenimiento de la coordinación motriz y el lenguaje.

También es importante su estimulación, para que la persona tenga conciencia de su propio cuerpo (el que la persona nombre las partes del cuerpo conlleva a que se reconozca como un ente físico, le da una identidad), y de cómo es la persona físicamente, ya que a medida que avanza la demencia, en este tipo de pacientes se va perdiendo la capacidad de reconocerse en el espejo y en fotografías recientes.

En función del tipo de deterioro cognitivo el anciano presentará diferentes problemas:

- Residentes en el nivel GDS 3-4: no tiene problemas de psicomotricidad, reconoce y domina las partes de su cuerpo, tiene preservado su esquema corporal y el reconocimiento ante el espejo.
- Residentes en el nivel GDS 5: tiene dificultad para reconocer, denominar y señalar partes del cuerpo; existen problemas en el lenguaje que le impiden decir para qué sirven las distintas partes del cuerpo; si se encuentra al final de esta fase, la persona empieza a perder la conciencia de su propio cuerpo.
- Residentes en el nivel GDS 6: pierde la capacidad de reconocer, señalar y denominar las partes más sencillas del cuerpo; no se reconocen en el espejo; pierde las coordenadas derecha-izquierda, delante-detrás; se produce una pérdida de la conciencia de su cuerpo y sus funciones y aparecen los delirios con su imagen reflejada en el espejo.

Los ejercicios del taller en Ballesol de estimulación del esquema corporal se dividen en las siguientes áreas:

- Conocimiento y realización de acciones.
- Coordenadas espaciales.

- Tareas verbales sobre las partes del cuerpo.
- Tareas escritas sobre las partes del cuerpo.
- Reconocimiento y manipulación espacial.
- Identificación de la propia imagen.

Esquema corporal	Conocimiento y realización de acciones	GDS 1-4	Expresión escrita del conocimiento de la función de partes externas del cuerpo.	Le decimos una parte del cuerpo y el paciente tiene que escribir que puede hacer con ella.	Se le da la siguiente referencia: ¿qué podemos hacer con los ojos?
		GDS 4-5	Comprensión-realización de órdenes sobre el propio cuerpo	Les damos una serie de órdenes relacionadas con funciones de partes del cuerpo que el sujeto debe realizar.	Ejemplo de sesión: aplaude con los ojos cerrados, tócate el codo izquierdo con la mano derecha.
		GDS 6	Imitación de movimientos de cara y manos	Debe imitar nuestros movimientos de cara y manos	Ejemplo. sacar la lengua, hacer muecas
	Coordenadas espaciales	GDS 1-4	Diferenciación derecha-izquierda	Se le pide al paciente que nos indique la parte del cuerpo a la que nos referimos.	Se le da un dibujo y se pide que por ejemplo señale la rodilla derecha
		GDS 3-4	Diferenciación delante-detrás, arriba-abajo, derecha-izquierda	Señalar en una lámina las partes del cuerpo comenzando por arriba o por abajo, explicar las diferencias del cuerpo por	



				delante.	
	Tareas verbales sobre las partes del cuerpo	GDS 1-4	Denominación de partes externas del cuerpo	Mediante una imagen, pedimos que nos indiquen la parte del cuerpo a la que nos referimos.	Si el paciente tiene problemas de lenguaje hay que evitar esta tarea.
		GDS 4-5	Comprensión verbal e indicación de partes externas del cuerpo	Pedir al paciente que señale en una lámina las partes del cuerpo que nombramos	Evitar la tarea si el sujeto tiene problemas de lenguaje.
Esquema corporal	Tareas escritas sobre las partes del cuerpo	GDS 1-4	Lectura e indicación de nombres de partes del cuerpo	Pedimos que lean una serie de partes del cuerpo y que luego las señalen en una imagen	
		GDS 3-4	Copia de nombres de partes del cuerpo e indicación en el propio cuerpo	Se pide que copie los nombres que decimos y a continuación que los señale en su propio cuerpo	
	Reconocimiento y manipulación espacial	GDS 4-5	Rompecabezas del cuerpo	Pedir al paciente que construya un rompecabezas con la figura del cuerpo humano	
		GDS 5-6	Manipulación y denominación de las partes del cuerpo en un muñeco	Con un muñeco realizaremos diferentes ejercicios relacionados con el esquema corporal	Hay que tener en cuenta las reacciones que puedan tener al trabajar con un muñeco

Esquema corporal	Identificación de la propia imagen	GDS 4-5	Identificación de la propia imagen en el espejo	A cada paciente se le da un espejo y se pide que nos diga qué es lo que ve.	
		GDS 4-6	Confección de una tarjeta con la fotografía y nombre del paciente	Actividad en la que el sujeto recortará y pegará en una cartulina su fotografía junto a su nombre	

#### 4.4.5 Gnosias

La agnosia es la incapacidad de reconocer los objetos por los sentidos aunque estos estén preservados. Los objetivos en la residencia, en la estimulación de las gnosias son:

- Optimizar los niveles de atención sobre el material visual, auditivo y corporal.
- Ejercitar la percepción mediante estímulos visuales y auditivos.
- Favorecer el acceso al sistema léxico y semántico.
- Trabajar el reconocimiento de los sonidos.
- Maximizar las capacidades lingüísticas.

El trabajo con cada residente dependerá del nivel GDS en el que se encuentre, ya que éste va asociado con una serie de déficits:

- GDS 4: problemas de reconocimiento de imágenes superpuestas, problemas en el reconocimiento de sonidos y su asociación con imágenes.
- GDS 5: Se produce una distorsión de la percepción manifestándose de forma que el sujeto tiene problemas en hacerse una idea general de un dibujo, en cuanto al gusto y el olfato tiene problemas en la denominación de los estímulos que se le presentan.

- GDS 6: la percepción está muy deteriorada, tiene problemas graves en el reconocimiento auditivo, en general presenta una distorsión en todos los sentidos.

Como ya se ha indicad, el taller de gnosias se centrará en mejorar las habilidades sensoriales:

- Viso-espacio
- Audición
- Tacto
- Olfato
- Gusto

Actividades sensoriales	Viso-espacio	GDS 3-4	Reminiscencias visuales	Realizamos preguntas para fomentar el recuerdo de determinados acontecimientos	Ejemplo: ¿qué veías desde la ventana de tu habitación? ¿cómo era tu calle?
		GDS 4-5	Evocación de colores de objetos	Con una lista de objetos, la vamos leyendo y pedimos al paciente que nos indique el color que tiene dicho objeto.	
		GDS 5-6	Coloreado de figuras con un color específico	Mediante el uso de una lámina, pedimos al paciente que identifique los objetos pintados en ella y que luego los coloree.	Es importante que usen el color apropiado
	Audición	GDS 3-4	Emparejamiento de sonido e imagen	El paciente tiene que emparejar una serie de sonidos con su imagen correspondiente	Ejemplo: sonido de una llamada telefónica y la imagen de un teléfono
		GDS 4-5	Evocación y realización de sonidos	Nombramos un objeto o animal, y pedimos al paciente que imite el sonido que tienen.	

Actividades sensoriales	Tacto	GDS 3-4	Identificación y denominación de formas geométricas	Mediante el tacto y con los ojos tapados se pide que identifique el objeto que le damos.	
		GDS 5-6	Manipulación y encaje de formas geométricas	El paciente con los ojos tapados tiene que encajar una pieza que le damos en su soporte correspondiente	
	Olfato	GDS 3-5	Identificación y denominación olfativa	El paciente con los ojos cerrados, debe identificar el olor de una serie de sustancias que le vamos dando	No es recomendable presentar mas de seis sustancias en una sesión
	Gusto	GDS 3-4	Reminiscencias gustativas	Mediante preguntas, intentamos que recuerde determinados gustos	Ejemplo: ¿qué plato te gustaba más de los que hacía tu madre?
		GDS 4	Identificación y discriminación de sabores	Les iremos dando una serie de comidas para que nos identifiquen el sabor que tienen.	Esta tarea se realiza en las comidas.

#### 4.4.6 Taller de cálculo

La acalculia es un trastorno adquirido en la habilidad para calcular. En la residencia se tienen los siguientes objetivos con este tipo de taller:

- Preservar el reconocimiento numérico.
- Activar y promover la lectura de cifras y números.
- Reforzar el concepto numérico y operaciones numéricas.
- Favorecer la discriminación de cantidades.
- Optimizar la discriminación de los números.

- Favorecer los niveles atencionales sobre material no verbal.

En los talleres de cálculo, se trabajarán y reforzarán las siguientes dimensiones:

- Problemas aritméticos.
- Cálculo.
- Conocimiento numérico y capacidad de contar.
- Conocimiento y gestión del dinero.

	ÁREA	NIVEL GDS	EJERCICIO	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
Cálculo	Problemas aritméticos	GDS 3	Razonamiento y solución de problemas aritméticos	Les proporcionamos problemas aritméticos que deben solucionar	Si el paciente tiene problemas tenemos que razonar con ellos y ayudarles a hacer las operaciones.
		GDS 4	Razonamiento y solución de problemas aritméticos	Solucionar los problemas que se le da.	Si tiene problemas, explicar el tipo de razonamiento que debe seguir.
Cálculo	Cálculo	GDS 3-4	Ejercicios de repaso de las tablas de multiplicar	Solucionar unos ejercicios en donde se trabajarán las tablas de multiplicar	Es mejor que esta tarea se presente en forma de juego. Propuestas de ejercicios: repetir las tablas, pedirle que las escriba, hacer competición por grupos.
Cálculo		GDS 4	Operaciones aritméticas de dos cifras	El paciente debe resolver sumas y restas de dos cifras	Hay que adaptar las operaciones a la capacidad del sujeto y ayudarlo cuando lo necesite. No obstante, antes debemos darle libertad de trabajo absoluta.
		GDS 5	Operaciones de suma y resta de una cifra	Debe realizar sumas y restas de una cifra	Las instrucciones pueden ir acompañadas de indicaciones similares al enunciado de un problema: si tenemos siete euros y damos cinco, ¿cuántos euros nos queda?

	Conocimiento o numérico y capacidad de contar	GDS 3-4	Lectura y conocimiento de números escritos hasta cinco cifras	Les pedimos que nos lean una serie de números	Propuesta de tareas: dictado de números, señalar los números, ordenar de mayor a menor
			Conocimiento numérico verbal-escrito	Jugar al bingo	
		GDS 5	Lectura y conocimiento de números de 1 a 20	Realizar ejercicios de lectura y conocimiento de números	Propuesta de tareas: contar de 1 a 20, escribir los números de 1 a 20, dictado de números.

Cálculo	Conocimiento y gestión del dinero	GDS 3-4	Imitación de situaciones de gestión de dinero en compras	Mediante un teatro, simulamos acciones reales para aprender a manejar el dinero	Nosotros hacemos de vendedor y el anciano de cliente y pedirle que pague un determinado artículo.
		GDS 4	Utilización de la calculadora	Con la calculadora, aprenderemos a realizar una serie de cálculos útiles en el día a día	Propuesta de actividad: calcular cuanto valen una serie de productos, calcular cuanto dinero debemos llevarnos a la tienda si queremos comprar una serie de productos.
		GDS 5	Reconocimiento del dinero	Ayudar a que recuerden el valor de cada billete mediante una serie de asociaciones	Ejemplo: establecer asociaciones entre el tamaño del billete y su valor.

#### 4.4.7 Taller de lenguaje

Trabajar con el lenguaje, es un requisito fundamental en cualquier terapia de estimulación cognitiva, puesto que el lenguaje es nuestro principal medio de comunicación. Los objetivos del taller del lenguaje en Ballesol son:

- Maximizar las capacidades lingüísticas preservadas.
- Ejercitar el lenguaje espontáneo
- Optimizar la expresión verbal.
- Mantener y estimular la comprensión verbal.
- Potenciar la capacidad de repetición
- Favorecer la fluidez verbal
- Ejercitar la mecánica de la lecto-escritura.

Siguiendo lo expuesto anteriormente, trabajaremos en función del déficit que presente. en este caso los problemas que pueden tener son los siguientes:

- GDS 3: en la conversación prácticamente no encontramos limitaciones, aunque si que es conveniente ser muy explicativos y no forzar el ritmo de la conversación; en tareas de repetición su ejecución suele ser buena a excepción de frases complejas y largas; no hay problemas aparentes en la comprensión verbal salvo cuando la comprensión requiere de un procesamiento complejo y mucha memoria inmediata.
- GDS 4: existe poca capacidad de conversación y narración; en la repetición también hay problemas ya que en este tipo de sujetos la atención y la concentración están alteradas y la persona se distrae mucho y hay que repetirle la frase; en comprensión verbal existen problemas de comprensión del continuo causa-efecto.
- GDS 5: En la conversación el lenguaje está muy alterado; en la repetición, la capacidad verbal está muy disminuida; en reconocimiento y denominación, existe anomia y dificultad para percibir el todo en una lámina.
- GDS 6: gran dificultad para mantener una conversación basándose sólo en frases estereotipadas; al igual que en el nivel anterior en la repetición la capacidad verbal está muy disminuida; en la comprensión verbal, al inicio de esta fase si

pueden comprender si se les da órdenes muy sencillas, sin embargo, al final de la etapa, se pierde la capacidad para comprender.

Los aspectos que vamos a trabajar en la residencia son:

- Conversación- narración
- Conversación-descripción
- Denominación
- Tareas léxicas y semánticas ejecutivas
- Repetición
- Comprensión verbal
- Lectura y comprensión de textos, frases y palabras.
- Lectura de pseudopalabras, sílabas y letras.
- Redacción/narración escritas
- Denominación escrita
- Dictado
- Copia
- Grafomotricidad y grafismo
- Escritura con letras móviles

	Dimensión	Nivel 1 GDS	Ejercicio	Explicación	Observaciones
Lenguaje	Conversación- narración	GDS 3-4	Conversación- narración sobre temas actuales privados, personales y de familiares próximos.	Conversaciones sobre hechos importantes actuales o de la persona	Anotar los temas tratados y su reconocimiento. Debemos crear hojas de seguimiento de los temas de interés.
			Conversación- narración sobre los sentimientos y las ideas del paciente sobre temas diversos	Preguntas del tipo: ¿Qué sentirías y qué harías si...? dejando al paciente que se exprese libremente	Crear un ambiente de total libertad. al igual que en el ejercicio anterior, crear hojas de seguimiento.



	Conversación-descripción	GDS 3-4	Conversación-descripción a partir de láminas temáticas.	Mediante imágenes, se pide al paciente que nos describa que es lo que está viendo	Tomar nota del paciente y su capacidad de vocabulario. tipos de láminas a usar: la ciudad, el mercado, el parque, la granja...
	Denominación	GDS 3/4-5	Denominación de elementos de láminas temáticas	Mediante imágenes se pide al paciente que nombre los diferentes elementos que está viendo	Láminas a usar: el jardín, excursión al campo, excursión a la playa...
Tareas léxicas y semánticas ejecutivas		GDS 3-4	Denominación de categorías y de elementos de categorías	Le mostramos una serie de objetos que pertenecen a una misma categoría. El residente nos tiene que decir que categoría es y nombrar los elementos	Láminas a usar: frutas, verduras, árboles y flores, animales domésticos...
			Evocación de léxico a partir de datos semánticos	El paciente tiene que averiguar que objeto se está describiendo	Ejemplo: vuela, hace nidos en los árboles y come gusanos
Repetición		GDS 3	Evocación de categorías	El paciente tiene que nombrar elementos que pertenezcan a una misma categoría.	Debemos anotar la respuestas para que no se repitan.
	GDS 4-5		Repetición de frases largas	Debe repetir las frases que leemos.	La longitud de la frase es de diez a catorce elementos
			Repetición de frases de longitud mediana/corta	El paciente debe repetir la frase que decimos.	La longitud de la frase es de tres a seis elementos

	Comprensión	GDS 4	Comprensión/indicación de elementos de las láminas temáticas	Con una lámina le pedimos que señale el objeto que le decimos	Láminas: la casa, la calle, el barrio
	Lectura y comprensión de textos, frases y palabras	GDS 3-4	Comprensión de preguntas sobre textos leídos anteriormente.	Que lean un texto y le hacemos preguntas para ver si lo ha entendido	
		GDS 4	Ordenación alfabética de palabras escritas	Pedir al paciente que ordene una lista de palabras	
	Lectura de pseudopalabras, sílabas y letras	GDS 3-4	Lectura de sílabas y pseudopalabras	Pedir al paciente que lea en voz alta.	
	Redacción/narración escritas	GDS 4-5	Formación de frases a partir de palabras aisladas	Dar al paciente 2-5 palabras y que escriba una frase	
	Denominación escrita	GDS 3	Evocación categorial semántica escrita	Pedir al paciente que escriba listas de palabras de una categoría	Categorías: muebles, frutas, ríos, flores...
		GDS 3-4	Denominación escrita de objetos del entorno	Pedir al paciente que escriba el nombre de los objetos que ve en la habitación	
	Dictado	GDS 3-4	Dictado de frases y textos	Pedir que escriba lo que vamos diciendo	
		GDS 4	Dictado de palabras	Leemos unas palabras y pedimos que las escriban	
	Copia	GDS 4-5	Copia de palabras	Les damos una lista y les pedimos que la copien	
		GDS 5	Copia de letras	Pedir que copie las letras que le damos	

	Grafomotricidad y grafismo	GDS 3/4-5	Copia de figuras simples y alternancias gráficas	El sujeto debe copiar el dibujo que le damos	Es importante que no levante el lápiz del papel
	Escritura con letras móviles	GDS 3/4-5	Escritura de palabras con letras móviles	Debe componer palabras con letras móviles	Varias modalidades: dictar la palabra y que la escriba, enseñar un dibujo y que escriba el nombre.

#### 4.4.8 Taller de las actividades significativas

Con actividades significativas se hace referencia a las habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como a la ocupación del tiempo de ocio. Las personas mayores, no saben muchas veces ocupar su tiempo libre, por lo que tienden a la apatía y al aburrimiento. La persona que se encarga generalmente en Ballesol de realizar esta actividad es una terapeuta ocupacional.

Aunque este taller no compete a la unidad de psicología, yo he podido participar en él y realizar las actividades propuestas con los ancianos y al igual que en la unidad de psicología, los ancianos en este taller se agrupan en función del tipo de déficit que presentan.

Los aspectos que se van a trabajar son:

- Actividades sociales y recreativas.
- Actividades personales y de higiene.

Actividades significativas	Actividades sociales y recreativas	Desarrollo de necesidades espirituales y de contacto social	Estas actividades potencian el bienestar personal	Tareas propuestas: actos religiosos y espirituales, fiestas tradicionales, recepción de visitas.
		Jardinería y horticultura	La actividad en sí misma y sus resultados son	Tareas: encargar al paciente el cuidado de una

			motivo de orgullo y autoestima para el paciente	planta, secar florees
		Aficiones	El mantenimiento de las aficiones incrementa la satisfacción del anciano	Tareas: lectura de revistas, pintar, manualidades, jugar al domino
		Juegos de mesa	Permiten establecer el contacto social, desarrollan actividades mentales y motoras	Tareas: parchís, oca, sopa de letras, crucigramas
		Manualidades	Las actividades artísticas estimulan la autoestima	Tareas: dibujo, pintura, modelado, decoración de potes, ganchillo
	Actividades personales y de higiene	Cuidado personal	Es fundamental para el mantenimiento de la independencia y la dignidad	Tareas: cuidarse las uñas, peinarse, afeitarse, ponerse los zapatos, escoger la ropa, tirar de la cisterna

#### 4.4.9 Taller de funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas se deterioran muy pronto en las personas ancianas, por eso es importante trabajarlas tanto de forma individual, en un taller propio, y de forma conjunta en el resto de los talleres.

Algunos ejercicios propios para estimular las funciones ejecutivas son:

- Relaciones lexicosemánticas.
- Razonamiento y juicio.
- Abstracción de proverbios y frases hechas.

Funciones ejecutivas	Relaciones lexicosemánticas	GDS 3-4	Relación lógica lexicosemántica y secuencial	El sujeto tiene que ordenar palabras de acuerdo con un orden lógico. luego debe explicar por qué lo ha organizado de esa forma.	
			Abstracción de similitudes y diferencias	Debe indicar dos o más características comunes y dos o más diferencias de parejas de palabras	Se pueden usar objetos de la vida diaria
			Comprensión de efectos de acciones	Debe describir el peligro, el final o la solución a una situación con el objetivo de identificar sus efectos.	Podemos usar demostraciones reales.
			Identificación de causalidad	Debe identificar dos o más causas de una situación conflictiva	Ejemplo: tu maleta no se cierra, las plantas están secas
	Razonamiento y juicio	GDS 3-4	Razonamiento y juicio a partir de conocimientos culturales	El paciente debe responder a una serie de preguntas complejas	Ejemplo de preguntas: ¿por qué pagamos impuestos? ¿por qué hay semáforos?
			Búsqueda de información en diccionarios y libros especializados	Debe buscar información en un diccionario	Ejemplo: primera palabra que comience por la letra s, buscar el significado de palabras
	Abstracción de proverbios y frases hechas	GDS 3-4	Completar expresiones y abstracción.	Completar frases hechas, proverbios y refranes	
			Asociación de significados	Debe proporcionar una explicación adecuada a una serie de frases	

#### **4.5 Taller libro de recetas.**

En el Centro Residencial Ballesol, da la casualidad de que existe entre los ancianos una gran afición por la cocina. Cuando yo llegué de prácticas, este taller se hacía dentro de la sesión de estimulación cognitiva referente a las actividades significativas. Sin embargo, la gran cantidad de interesados en el tema, nos hizo pensar en la posibilidad de hacer un taller independiente.

Este taller consiste en elaborar recetas en función de una serie de requisitos. Hay días en los que se les pide que elaboren recetas de aperitivos, otros días recetas de primeros platos. También se puede dar la orden de que piensen recetas de platos fríos, o que tengan unos ingredientes determinados.

Los pacientes que pueden beneficiarse de este taller son ancianos que se encuentran en la fase GDS 1-4. Sólo pueden acceder este tipo de personas, ya que se requieren de ciertas cualidades para poder intervenir en él de forma satisfactoria.

El fin de este taller, es elaborar un libro de recetas que esté a disposición de todos los residentes para su consulta y lectura, así como se pensó en la posibilidad de poder elaborar la receta más demandada y ofrecerla en el servicio de comidas, siendo esto un gran aliciente entre todos los ancianos.

#### **4.6 Atención a personas encamadas**

Para evitar el aislamiento social, cada semana se interviene con personas que por sus circunstancias de enfermedad se encuentran encamadas y no pueden asistir a las sesiones grupales de la residencia.

Estas sesiones suelen consistir en musicoterapia, estimulación sensorial y terapia individual. Trabajar con este tipo de personas, a mi parecer, suele ser muy gratificante, ya que por sus circunstancias son personas que ante cualquier pequeña muestra de afecto te responden muy positivamente.

#### **4.7 Actividades de la unidad de psicología**

Además de participar en todos los talleres antes expuestos, el servicio de psicología ofrece atención individual cuando se producen momentos de crisis en algún paciente, así como en sus familiares. También deben realizar seguimientos semestrales y anuales de los residentes mediante test psicológicos, así como participar junto con la coordinadora del centro en actividades que se ofrecen a los residentes según la época del año. Estas actividades consisten en la preparación de fiestas, organización de talleres con personal experto, organización de sesiones de cine, entre otras actividades de ocio.

## 5. Mi participación

A continuación explicaré mi día a día en el periodo de una semana, de las actividades del centro dentro de la unidad de psicología.

### LUNES

Todos los días al inicio de mi jornada, y después de haber comprobado si existen o ha habido en la noche anterior algún acontecimiento importante que debamos atender a primera hora, acudo a la búsqueda de los pacientes que componen el grupo de la primera actividad de la mañana. Con nuestra lista de participantes posibles, ya que no es obligatorio la asistencia, vamos planta por planta localizándolos y preguntándoles si van a acudir a terapia. Esto se realiza así ante cualquier taller con independencia de que ellos tienen el calendario de actividades. Si nos confirman que desean acudir y si tienen total autonomía les invitamos a que se vayan al salón donde se realizará la actividad. Si necesitan ayuda avisamos a los auxiliares para que los conduzcan al salón.

Existen pacientes que suelen ser reticentes a la hora de acudir a las sesiones. Generalmente expone que tienen dolor de cabeza que no desean hacer nada y que prefieren quedarse en sus habitaciones. En estos casos, cuando la persona está apática, intentamos hablar con ella y explicarle los beneficios que tiene, tanto a nivel personal como para incrementar la relaciones sociales, la asistencia a los talleres.

Siendo lunes a primera hora de la mañana, siguiendo el horario establecido según el programa Personas Siempre, se corresponde con la actividad de terapia de orientación a la realidad. Una vez que estoy en el salón con todos los residentes, es preciso observar que tipo de ancianos han acudido para determinar el tipo de actividad que voy a realizar. Este día predominan pacientes con un nivel GDS 4, así que la actividad que propongo es realizar un coloquio de la Navidad.

Comenzaré pidiendo que recuerden el día de la semana que es, mes, año y estación. Esta información básica tiene el objetivo de orientarlos en el tiempo. A continuación comienzo a dar información sobre la actividad que se va a realizar. Las preguntas que voy a lanzar en esta sesión son:

- ¿Qué día es la Nochebuena?



- ¿Qué significado tienen estas fechas?
- ¿Cuáles son las comidas típicas de la Navidad?
- ¿Cómo adornamos nuestra casa?
- ¿Qué cantamos en esta época? (animo a alguien a cantar un villancico ya que ayuda a fomentar las relaciones interpersonales)
- ¿Qué día es la Nochevieja?
- ¿Qué comemos en Fin de Año?
- ¿Qué supersticiones hay en esa noche?
- ¿En qué consiste la Cabalgata de los Reyes Magos?

Siendo las fiestas de la navidad muy esperadas por las personas mayores, hay una gran participación en este coloquio, dándose el caso de que algunas personas hablan a la vez y es necesario recalcar la importancia de escucharnos los unos a los otros y respetar así el turno de palabra. Para finalizar la sesión, haré preguntas relacionadas con esa fiesta pero centrada más en la residencia. Con estas preguntas conseguiremos una orientación espacial. Con este tipo de taller, además de trabajar la orientación, trabajamos el lenguaje por medio de la conversación y la memoria a largo plazo.

Siguiendo el mismo procedimiento anterior, vuelvo a buscar a residentes que quieran participar en la siguiente sesión. La musicoterapia es bien recibida por los ancianos, por lo que vuelvo a tener un amplio grupo. Hoy vamos a realizar un taller de relajación. Las pautas son:

- De pie. Piernas juntas. Eleva los brazos extendidos y relajados hasta la altura del pecho con las palmas hacia abajo. Sacúdelos como si te tuvieses que secar las manos.
- Sigue de pie. Coloca una mano sobre otra a la altura del ombligo. Cierra los ojos y toma aire tratando que se infle el abdomen como un globo. Cuando espiras la panza se desinfla.
- En la misma posición anterior. Coloca las manos a la altura de las axilas como si te prepararas para empujar un objeto. Toma aire y cuando espiras extiende los brazos como empujando algo. Es importante que mantengas los brazos relajados en todo momento, aún cuando se extienden.

- De espaldas al suelo. Piernas flexionadas. Eleva los brazos por sobre la cabeza al tiempo que inspiras hasta llegar por detrás de la cabeza. Vuelve espirando llevando los brazos por el costado del cuerpo.
- Ahora estírate extendiendo piernas y colocando los brazos por encima de la cabeza. Vas a contraer (endurecer) todos los músculos unos 3 segundos para luego relajarlos completamente. Tienes que sentir que pesas tanto que te fundes contra el suelo. Repite varias veces hasta que obtengas esa sensación.
- Al finalizar, quédate en una posición cómoda sin moverte ni hacer nada en especial, sólo disfrutando el momento.

Al final del taller voy a pedir que me comenten que tipo de sensaciones han tenido a lo largo de la sesión así como qué han sentido por medio de la música. Al hablar de emociones, y para evitar la introversión, es fundamental establecer un clima de total confianza, para que no se sientan presionados y puedan expresarse libremente.

Una vez que he terminado con los talleres de la mañana, me reúno con la psicóloga y comentamos aspectos que hayan ocurrido a lo largo del día, además se realiza un seguimiento de las personas que acuden a las sesiones y se puntúan el grado de participación en ellas. El objetivo es realizar, el seguimiento de la actividad de un residente en el centro y un control sobre su grado de participación, pudiendo detectar problemas si se registra que el sujeto no participa en ninguna actividad o acude pero no actúa de la misma manera.

El primer taller de la tarde, es por norma general el taller al que asisten menos personas. En esta sesión trabajaré con ellos estimulación cognitiva centrada en las praxias. Creo que sería redundante volver a explicar el método que hay implantado para que los pacientes acudan a las sesiones, así que de ahora en adelante lo obviaré.

Comenzaré realizando una actividad en la que voy a fomentar la manipulación de objetos. Esta sesión consiste en enseñarle una serie de objetos y el paciente debe realizar mediante gestos su utilidad. Los objetos que se van a usar en esta sesión son: un vaso de agua (acción de beber), un tenedor (acción de comer), un pintalabios (acción de pintarse los labios), una vela y un mechero (acción de encender la vela) y un papel y sobre (acción de introducir el papel en el sobre). Trabajaré los ejercicios con dificultad

creciente, siempre terminando la actividad con un ejercicio bien hecho puesto que si los residentes tienen problemas en concluir una actividad les ayudaré a concluir dicho ejercicio y para finalizar realizaré un ejercicio que ellos sí pueden resolverlo solos.

Una vez concluido este ejercicio, trabajaré la gestualidad de comunicación. En esta actividad les pido que realicen una serie de expresiones faciales que se usan en el día a día. Los gestos que trabajaremos en orden creciente en dificultad son: saludar, sonreír, llorar, sacar la lengua, amenazar, decirle a alguien que está loco. Por último, para finalizar la sesión, se trabajará la praxis constructiva gráfica mediante la copia de un dibujo.

Con estos pacientes, en este tipo de actividad, se suele trabajar individualmente, es decir, se pide al grupo que realice un ejercicio pero se va preguntando individualmente a cada sujeto.

El último taller de la tarde es la estimulación cognitiva basada en la orientación. esta ocasión, sólo asisten cuatro residentes, lo que me permite tener una atención más individualizada con todos ellos. En este taller me encuentro con una dificultad y es que ha acudido un paciente que se niega a realizar las tareas ya que prefiere observar. En estas situaciones intento conversar con la persona para intentar averiguar cual es la razón de su oposición. En Ballesol me comentaron, que cuando una persona dice que no quiere participar hay que respetar su decisión y no presionarlos, sin embargo siempre cabe la posibilidad de explicarle los beneficios de la actividad.

Tras conversar con el residente, me comenta que le da vergüenza participar, en este caso es fundamental mostrar nuestro apoyo y restarle importancia sobre el qué dirán el resto de las personas si comete algún error.

El primer ejercicio es una actividad de orientación temporal. Consiste en una conversación centrada en los siguientes aspectos:

- ¿el verano es la estación más fría del año?
- ¿la fiesta de Todos los Santos es en noviembre?
- ¿los niños se disfrazan por Navidad o para Carnaval?

- ¿Un día tiene ocho o veinticuatro horas?
- ¿en qué estación del año cae Carnaval?
- dime una festividad del otoño
- ¿la mayoría de la gente trabaja los fines de semana o de lunes a viernes?
- ¿una semana tiene cinco o siete días?
- ¿cuál es la mejor época del año para ir a la playa?
- ¿cuántos meses hay en un año?

Ante cualquier pregunta, las personas mayores son muy dadas a hablar sobre ellos mismos y poco a poco se van alejando de la finalidad del ejercicio. Cuando esto ocurre, debo encauzar el tema mediante preguntas sobre reorientación al ejercicio.

El segundo ejercicio de la sesión, es una actividad de orientación espacial, en el que a través de una lista de monumentos, me tienen que indicar su localización geográfica. Mi propuesta para el día de hoy es: la Alhambra (Granada), la Torre del Oro (Sevilla), la Mezquita (Córdoba), la Sagrada Familia (Barcelona), la Puerta del Sol (Madrid), Estatua de la Libertad (Nueva York), el Coliseo (Roma), la Torre Eiffel (París). En esta actividad lo que ocurre es que existe un conocimiento de los monumentos nacionales, pero tres de las cuatro personas desconocen los monumentos internacionales, por lo que debo interrumpir la actividad.

Para finalizar la sesión, explico una nueva actividad que aún no han realizado en el centro, y en la que se trabaja la orientación temporal. Esta actividad consiste en realizar una planificación diaria de todas las actividades que va a realizar, el sujeto, a lo largo del día. Es importante explicarles, que deben incluir la máxima información posible, desde los talleres que hay hasta las visitas que han tenido e incluso el menú del día. Se les informa, que en el primer taller de la tarde, se va a supervisar la ejecución de la actividad.

Terminada la jornada de tarde, al igual que en la mañana, se vuelve a realizar el seguimiento de participación en las terapias así como el rendimiento en ellas.

## MARTES

Hoy, martes, la rutina se repite como todos los días. Después de repasar las incidencias del día, acudo en busca de los pacientes. Hoy acuden al taller cinco personas más, todos ellos con un nivel GDS similar lo que me facilita la sesión. Antes de comenzar el taller, recordamos el día, día de la semana, mes y año. Esta dinámica se repite siempre en todos los talleres del comienzo del día.

El taller propuesto para hoy, es estimulación cognitiva centrada en la memoria. Como comenté anteriormente, es un grupo con un GDS similar por lo que no es necesario realizar grupos y se puede trabajar conjuntamente con todos ellos. Comienzo la sesión con un ejercicio de reminiscencia, en donde mediante la conversación se va a activar el recuerdo de diversos temas. Los temas de conversación propuestos para hoy son:

- Háblame de.... todos los lugares donde has vivido, cómo era la casa de tu infancia, cómo era tu escuela, cómo era tu barrio, cómo era tu familia, el día de tu boda, tu mejor amigo.
- Cómo eran... los trenes, los guardias urbanos, los autobuses, los cines, los electrodomésticos, la indumentaria de la gente, los coches.

Esta actividad es muy beneficiosa para ellos ya que todos participan de forma muy activa fomentándose el sentido de identidad y las interacciones sociales.

Una incidencia en este taller, es que hay una persona que intenta acaparar toda mi atención y no para de hablar y de interrumpir a los demás. En este caso permito que la persona intervenga las veces que quiera pero dentro de un límite, y le recalco que la que dirige la actividad soy yo y no ella.

Una vez finalizada la sesión, según el calendario del día, es hora de misa. Mi residente es muy devota, por lo que acude a la capilla todas las semanas. En esta hora, el servicio de psicología proporciona actividades a las personas encamadas o bien se encarga de pasar los test psicológicos a los ancianos que les toque revisión. Como último recurso, ofrece terapia individual para aquellos que lo hayan solicitado. Hoy es día de realizar test psicológicos.

Finalizamos la mañana con la comprobación de la asistencia de los ancianos a los talleres y la valoración de su actitud en ellos.

La sesión de la tarde comienza con la revisión de ejercicio propuesto el día anterior. Lo que observo las planificaciones, es la ausencia de detalles. Por ese motivo, les vuelvo a recalcar que la planificación debe hacerse con la mayor cantidad de detalles posibles.

Una vez comentado este aspecto, se empieza con la actividad que hay planificada. Esta tarde se realizará estimulación cognitiva mediante las actividades significativas. Al ser vísperas de la Navidad, realizaremos junto con la terapeuta ocupacional, adornos de Navidad. Para ello, se les proporcionan unos papeles con dibujos de carácter navideño para que los coloreen y después los peguen en cartulinas de colores. Éstas servirán como postales que enviarán a sus familiares. Al mismo tiempo que realizan la actividad, se ponen villancicos y se alienta a los ancianos a que canten o bailen. Esta actividad es importante ya que sirve para romper la rutina del día a día.

Otra actividad que realizamos, es el llenado de botes con sal de colores para que sirva de decoración de sus habitaciones.

Como último ejercicio de la sesión, se proporcionará a los ancianos de una flor de pascua y se les incitarán a cuidarla y regarla.

El día finaliza con estimulación cognitiva centrada en la lectura y en la escritura. Después de haber reunido al grupo de trabajo, observo que existen dos grupos bien diferenciados de déficit cognitivo. Uno con GDS nivel 5 y otro con GDS nivel 3. Formo grupos independientes y trabajo de forma distinta con unos y otros.

La primera actividad que se va a realizar con el grupo GDS 5 es la copia de letras, una actividad sencilla que no requiere de una elevada supervisión, mientras que a su vez, el grupo GDS 3, trabajará una redacción en las que pido que escriban sobre una noticia que hayan leído o visto por televisión últimamente. Deben de dar un titular,

escribir una redacción y realizar un dibujo que sea representativo de lo que hayan redactado. Es importante comentar, que nadie puede repetir la misma noticia, por lo que deben de ponerse de acuerdo entre ellos.

Mientras que el grupo avanzado trabaja en la actividad, me pongo a supervisar el trabajo del grupo GDS 5 ya que requieren de mi atención. Como la primera actividad se finaliza relativamente pronto, comenzamos con la segunda tarea propuesta en la que deben de copiar palabras.

Una vez que el grupo avanzado a finalizado, pido que cada uno lea su redacción para que los demás puedan comentarla.

En este grupo me ocurre algo que nunca me había pasado en días anteriores. Hay un paciente que no para de molestar a los demás y se comporta de modo agresivo. Tras mi primer intento de convencerle para que abandone el salón no lo consigo, por lo que intento calmarlo hablando con él. Cuando se calma, abandona el salón por él mismo. En Ballesol me comentaron que ante este tipo de situaciones, lo importante es actuar con calma y no mostrar agresividad porque si respondemos así, se va a pensar que la estamos atacando y se va a defender de nosotros.

## MIERCOLES

El día comienza como otro día cualquiera. Después de resolver una incidencia del día anterior, donde una paciente tuvo un ataque de ansiedad, comienzo con el primer taller de la mañana que consiste en estimulación cognitiva basada en las funciones ejecutivas.

El primer ejercicio de la sesión consiste en que los residentes deben darme una explicación a una serie de frases hechas y proverbios. Los ejemplos para hoy son:

- Quien a buen árbol se arrima dulce sombra le cobija.
- Perro ladrador, poco mordedor.
- No hay mal que cien años dure.
- Más vale pájaro en mano que ciento volando.

- El camino hacia el infierno está pavimentado de buenas intenciones.
- No dejarás para mañana lo que puedas hacer hoy.

Una vez que termino con los ejemplos que he preparado, permito que sean ellos los que piensen algún proverbio y lo compartan con el resto de los participantes del taller.

El siguiente ejercicio consiste en que yo propongo una serie de problemas, que te pueden pasar en el día a día y ellos deben darme la posible solución, explicando con todo detalle qué harían. Los problemas que planteo son los siguientes:

- Estás en un restaurante y te encuentras un insecto en el plato.
- Una chaqueta que te han regalado no es de tu medida.
- Coges un taxi para ir a casa y hace un recorrido más largo de lo necesario.
- Estás solo en casa y recibes diversas llamadas de amenaza.
- Esperas invitados a comer y se quema la comida.
- Una persona se cae en la al suelo delante de ti en la calle y sospechas que se ha roto algún hueso.

Con esta tarea es fundamental que relaten que solución darían y los pasos que siguen hasta llegar a ella. Esta actividad trabaja la planificación muy importante a nivel cognitivo.

Para finalizar, propongo una actividad en la que deben completar una frase con una palabra, una vez que han comprendido la relación semántica de la misma. La explicación es algo complicada de entender, por lo que pongo un ejemplo para que lo comprendan mejor: invierno es a calefacción como verano es a ... (aire acondicionado). Los ejemplos propuestos para hoy son:

- Cielo es a azul como fuego es a... (rojo)
- Días es a semana como meses es a... (año)
- Aire es a pulmones como sangre es a... (corazón)
- Leer es a vista como escuchar es a... (oído).
- Olor es a flor como hedor es a... (basuras)
- Hotel es a vacaciones como oficina es a...(trabajo)
- Cansado es a dormir como hambriento es a... (comer)



- Acelerador es a coche como pedales es a...(bicicleta)

La sesión finaliza antes de lo esperado porque nos reclaman para atender una crisis de una residente. Aunque esto es poco frecuente, suele darse el caso de tener que terminar antes la sesión porque nos reclaman por otro asunto.

Una vez resuelto el problema, comienzo con la siguiente sesión basada en la estimulación cognitiva centrada en el lenguaje. Antes de comenzar la sesión me doy cuenta de que los residentes que asisten llevan muchos años en el centro y además presentan un similar deterioro cognitivo, por lo que conocen la dinámica y les permito elegir los ejercicios que más le apetecen realizar.

Un paciente propone un juego en el que por medio de descripciones deben averiguar el objeto que se trata. Es un ejercicio apropiado en donde se trabaja el léxico a partir de datos semánticos. Las descripciones que se trabajan son:

- Son de lana, impiden que tengas frío, se llevan en los pies (calcetines)
- Es de papel, tiene hojas, leemos en él (libro)
- Es redonda, puede ser de baloncesto, puede ser de fútbol (pelota)
- A los conejos les gusta, es de color naranja, crecen bajo tierra (zanahorias)
- Son brillantes, están en el cielo, aparecen de noche (estrellas)
- Proviene del mar, es una joya, la fabrican las ostras (perlas)
- Vuela, hace nidos en los árboles, come gusanos (pájaros).

El siguiente ejercicio que proponen es la búsqueda de sinónimos y antónimos de una palabra que yo le proporciono. En esta sesión trabajamos con: educado (formal, grosero), tímido (introvertido, extrovertido), ocupado (atareado, libre), pregunta (interrogación, respuesta), caro (costoso, barato), rizado (ondulado, liso), ordenado (pulcro, desordenado), reír (sonreír, llorar), dulce (meloso, salado), memoria (recuerdo, olvido) y acertar (adivinar, fallar).

Para finalizar, propongo la actividad en la que deben repetir la frase que leo. Este ejercicio se realiza por turnos, en donde leo una frase a una persona y ésta la repite y así procedo con los demás. Las frases usadas en la sesión son:

- El domingo iremos a casa de nuestra hija.
- Iremos al mercado y compraremos fruta para mañana.
- Con este dinero podemos comprar muchas cosas.
- Mi hija comprará un gran pastel de chocolate.
- Llevaremos estos platos a la cocina para lavarlos.
- Mañana por la tarde vendrán tres invitados a casa.
- El pastel de chocolate era demasiado dulce.
- El señor Antonio estuvo ingresado tres días en la clínica.
- Dijeron en la televisión que el domingo llovería mucho en el norte de Europa.
- Debemos tener preparados todos los documentos de la declaración de la renta.
- Por Semana Santa nuestros hijos se irán de vacaciones a un país del Caribe.

La dificultad de las frases va creciendo cada vez más. Si algún residente tiene problemas en recordar su frase, se le ayuda a recordarla y a continuación se le lee otra más sencilla. Esta forma de operar, se hace con todas las personas.

Finalizado la jornada, apuntamos la participación de los residentes y realizamos un informe sobre la crisis de ansiedad que ha tenido la anciana que hemos atendido esa mañana. Estos informes, que se realizan siempre que hay alguna crisis en una persona, se almacenan en una intranet, para que todo el equipo del centro esté enterado de lo ocurrido. Estos informes no sólo se realizan desde el servicio de psicología, sino que se generan desde todas las áreas y sirven para evaluar la situación en la que se encuentra una determinada persona.

Los talleres de la tarde comienzan con la revisión de la actividad basada en la planificación diaria. Aunque han mejorado desde el día anterior, es conveniente volver a recalcar que no consisten en poner que es lo que se hace, sino que deben incluir el máximo número posible de detalles. A continuación y aunque en mi horario me corresponde la actividad de atención a personas encamadas, un residente solicita que necesite hablar conmigo por lo que me quedo con él, realizando el taller correspondiente la psicóloga.

A continuación, se procede al taller de estimulación cognitiva basada en las actividades significativas y aunque es realizado por la terapeuta ocupacional, yo intento siempre participar en él. Como existe un gran número de participantes, la actividad que propone es jugar al bingo.

## JUEVES

El jueves comienza sin incidencias, después de reunir a los residentes comienzo con la primera sesión del día que consiste en terapia de orientación a la realidad. Después de recordar el día de que es, día de la semana, mes, año y estación, que como ya comenté se realiza todos los días, empiezo a revisar los libros de memoria, los cuales son la actividad que siempre se realiza en esta sesión.

Hoy me toca trabajar con un residente, la adolescencia y juventud. Para ello iré haciéndole preguntas, en forma de diálogo sobre determinados aspectos que hay que recoger en esta sección. Es importante recoger información sobre el primer trabajo, compañeros de trabajo y de estudio, aficiones, clubes, deportes, noviazgo y otros hechos relevantes que quiera aportar. Para conseguir todos estos datos, como ya he comentado iré realizando preguntas y anotando su respuesta para posteriormente transcribirlo al cuaderno de memoria. Es muy bonito poder compartir su experiencia personal, ver como se emocionan al recordar su pasado es muy gratificante para mí.

La siguiente actividad del día es la estimulación cognitiva basada en las gnosias. La primera actividad se basa en reminiscencias visuales, en donde voy a pedir al sujeto que imagine determinadas situaciones y me relate que es lo que está viendo. Los tipos de preguntas que realizo son:

- ¿Qué veías desde la ventana del comedor de tu casa cuando vivías con tus padres?
- ¿Qué veías desde la ventana de tu clase en el colegio?
- ¿Cómo era tu calle?
- ¿Cómo eran las navidades cuando eras pequeño?
- ¿Cómo eran los paisajes de tu lugar de veraneo?
- ¿Cómo eran las tiendas cuando eras pequeño?

- ¿Cómo eran los primeros televisores?
- ¿Qué veías desde la ventana de la clase de tu universidad?
- ¿Cómo era tu casa?

Al ser una actividad con un alto contenido emocional por el tipo de recuerdos, una paciente empieza a mostrar síntomas de ansiedad ya que alega que los recuerdos son muy dolorosos para ella. En esta situación, paro la sesión y me acerco a ella hablándole en voz baja y tranquila intentándole a su vez reforzando la autoestima. A pesar de mis esfuerzos, sigue encontrándose mal por lo que decido llamar a la doctora.

A continuación, una vez solucionado el problema, y centrándonos aún en el aspecto visual, mediante unas fotocopias que reparto, les pido que identifiquen los objetos que ven en una serie de imágenes superpuestas.

La siguiente actividad, se basa en reminiscencias auditivas, en donde le voy a formular una serie de preguntas a los residentes y estos deberán responderme. Las preguntas son:

- ¿Cuál es el sonido más curioso que has oído en tu vida?
- ¿Cuál es el sonido más desagradable que has oído en tu vida?
- ¿Qué sonido escuchabas cuando te levantabas de la cama cuando eras pequeño?
- ¿Cuál fue tu canción favorita durante la infancia?
- ¿Cuál fue la primera canción que bailaste?

Para finalizar pondré un CD con una serie de sonidos que deben identificar. Los sonidos que trabajaremos son: teléfono, risas, aplausos, silbido, tren, pájaro, gato, perro, llenar un vaso, tormenta, gallo, taconeo, campana, reloj y moto.

Después de las sesiones, me reúno con la psicóloga y comenzamos a trabajar en la preparación de un taller para los ancianos. El taller consiste en la elaboración de galletas y al cuál acudirá una persona que trabajará con ellos. Todas las actividades fuera del horario semanal, son bien recibidas ya que permiten romper la monotonía que supone vivir en el centro.

Los dos últimos talleres del día, que se ofrecen en la jornada de tarde son la estimulación cognitiva basada en el cálculo, y el taller del libro de recetas.

A esta sesión acuden por norma general ancianos que tienen un déficit cognitivo leve, sin embargo hoy se da el caso de que hay un grupo mixto por lo que debo trabajar por separado cada grupo.

Para los residentes más avanzados propongo realizar una actividad en la que deben razonar y dar solución a una serie de problemas aritméticos. Al mismo tiempo con el resto de participantes trabajaré ejercicios de operaciones de suma y resta con una cifra. Todos los ejercicios son corregidos en grupo, por lo que debido al gran número de personas que hoy asisten, no es posible realizar más actividades.

Para finalizar el día, realizo con ellos la actividad del libro de recetas. Hoy deben pensar recetas de postres. Una vez dicho esto, reparto unos folios y deben escribirme la receta de algún postre que les guste elaborar. Tienen que cumplir tres pasos: el título de la receta, especificación de los ingredientes y por último indicar los pasos para su elaboración. Cuando han terminado de redactar, cada uno lee lo que ha escrito y lo comentamos entre otros. Al final de la sesión, recojo los papeles y los uno a las recetas que ya se han elaborado en días anteriores.

## VIERNES

Hoy es el último día de la semana y los residentes muestran un buen estado de ánimo, no sólo porque mañana hay una fiesta programada, sino porque en los fines de semana se producen muchas visitas familiares.

Al ser la primera actividad lectura de periódico, me encargo de recopilar una serie de periódicos para poder realizar el taller. Después de haber reunido a los participantes, nos sentamos en un círculo y comienzo a leer los titulares que a mi parecer son más significativos. Tengo que tener cuidado para que los residentes no discutan entre ellos por temas peliagudos, y si esto ocurre realizar preguntas de reorientación a la actividad. Me gusta que intenten participar todos los ancianos, por lo que si veo que alguien no ha intervenido le pregunto directamente a él.

Una vez que hemos terminado esta sesión, vuelvo a reunir pacientes para la siguiente actividad de la mañana que consiste en estimulación cognitiva centrada en el esquema corporal. Los residentes que quieren participar presentan un déficit cognitivo moderado, GDS 5.

Las actividades que realizo con los residentes son: en primer lugar vamos a trabajar con un espejo, la identificación de la propia imagen. Para ello, les doy un espejo y me tienen que ir diciendo que ven, que sienten al mirarse en el espejo, si le gusta lo que ven... esta actividad es importante, ya que en niveles avanzados de demencia se produce una pérdida de la identidad y los sujetos no saben reconocerse en los espejos. La segunda actividad consiste en ir dándoles una serie de instrucciones que deben de realizar. Las órdenes son las siguientes:

- Señalarse los ojos.
- Tocarse la nariz.
- Tocarse la ceja.
- Tocarse la boca.
- Enseñar los dientes.
- Levantar la mano izquierda.
- Levantar la mano derecha.
- Abrir la boca.
- Tocarse la rodilla izquierda con la mano derecha.
- Tocarse la oreja derecha con la mano izquierda.
- Cerrar los ojos y tocarse la frente.
- Aplaudir con los ojos cerrados.

Las instrucciones deben repetirse dos veces para que los residentes puedan comprenderlas mejor. La dificultad debe ir creciendo, sin embargo, si existen problemas y los pacientes no son capaces de ejecutar las últimas instrucciones, es recomendable retroceder y dar una instrucción más fácil y terminar la actividad con un ejercicio bien hecho.

Mi jornada semanal concluye después de las actividades de la mañana y una vez que me he reunido con la psicóloga. Con ella, vuelvo a rellenar el seguimiento diario de las actividades e informamos de si se ha producido alguna incidencia que deban conocer los demás integrantes del equipo multidisciplinar.

## **5.1 Test CAMDEX**

La unidad de psicología del centro Residencial Ballesol me ofreció la posibilidad de poder pasar a algún residente, un test psicológico que estuviese fuera del protocolo de test de dicha unidad. Un test al que tenía acceso por medio de una asignatura del master, es el test CAMDEX, el cual ví que era muy apropiado para este tipo de población.

El CAMDEX es un test muy usado con la población anciana, puesto que en un único instrumento estandarizado, incorpora todos los elementos que permiten hacer un diagnóstico de varios tipos de demencia. A su vez, permite detectar en que estadio de la enfermedad se encuentra.

El CAMDEX se divide en las siguientes secciones:

- Una entrevista clínica estructurada, que incluye preguntas referentes al estado mental actual, antecedentes médicos personales y familiares.
- Una escala para la evaluación objetiva de una amplia gama de funciones cognitivas.
- Una tabla estandarizada para registrar observaciones acerca del estado mental actual junto con su apariencia y conducta.
- Un breve examen físico que incluye una exploración neurológica.
- Registro de una serie de resultados analíticos, radiológicos y otras pruebas complementarias.
- Medicación actual.
- Información adicional de la entrevista con el sujeto.
- Entrevista estructura a un familiar que proporcione información independiente acerca del funcionamiento mental general del paciente, su competencia y

adaptación a la vida diaria, síntomas actuales, antecedentes médicos personales y familiares.

- Información adicional del informante.

El test neuropsicológico que incluye el CAMDEX, es el CAMCOG y evalúa las siguientes áreas cognitivas: orientación, lenguaje, memoria, atención, cálculo, praxias, pensamiento abstracto y percepción.

El residente que he escogido para administrarle el test, es un paciente de nuevo ingreso procedente de Córdoba. Está casado, dos hijos y tiene 91 años. Acude a la residencia con su mujer donde compartirán un apartamento. Sus hijos acuden al centro casi todos los fines de semana, por lo que me resultaría fácil poder realizarle la entrevista que debe hacerse en este tipo de test.

Durante la entrevista se muestra colaborador, no suspicaz ni hostil sin manifestar ningún comportamiento extravagante. Su lenguaje se caracteriza por ser lento y con fallos en la comprensión. Esto se podría explicar por el proceso de envejecimiento. Otro de los aspectos que se observa en la entrevista es el aplanamiento afectivo, síntoma de que el paciente presenta un trastorno depresivo diagnosticado desde hace años. Atención disminuida y restricción del lenguaje también son observados durante la entrevista. A nivel motor es lento y poco activo. En cuanto a su aspecto externo, el sujeto viene bien aseado y vestido, sin ningún indicio de descuido personal.

A continuación, se irá comentando poco a poco la puntuación obtenida por el sujeto en las diferentes áreas evaluadas con el CAMCOG-R:

- Orientación temporal: el sujeto obtiene una puntuación de 5/5 lo que indica que tiene una buena orientación en el tiempo.
- Orientación espacial: el sujeto obtiene una puntuación de 3/5. Los fallos que ha cometido se atribuyen a falta de comprensión ya que se evidencia en la observación que el sujeto presenta una buena orientación espacial.
- Lenguaje comprensivo: respuesta motora: el sujeto obtiene una puntuación de 2/4. Puntuación adecuada a la edad del sujeto.
- Lenguaje comprensivo: respuesta verbal: el sujeto obtiene una puntuación de 3/3.



- Denominación: el sujeto obtiene una puntuación de 4/6.
- Expresión: el sujeto obtiene una puntuación de 8/13.
- Lectura: 1/2
- Escritura al dictado: 0/2. Se puede observar que el sujeto presenta un déficit y que éste puede ser debido a falta de atención o de comprensión.
- Recuerdo: 3/6. Está en la media
- Reconocimiento: 3/6
- Recuerdo de información remota: 4/6
- Recuerdo de información reciente: 3/4
- Repetición: 2/5. El sujeto presenta un problema de memoria en lo relativo a la memoria a corto plazo.
- Atención/concentración: 1/7. Déficit atencional
- Cálculo: 2/2
- Copiar y dibujar: 5/6
- Escritura espontánea: 0. Buena caligrafía pero olvida parte de la frase. Esto puede ser debido a un déficit atencional.
- Praxis ideacional: 0/1 déficit de comprensión de la tarea. Déficit en la secuenciación de ideas.
- Praxis ideomotora: 5/5
- Pensamiento abstracto: 5/8
- Percepción: 6/9
- Expresión fluidez: 2/6. Déficit.
- Fluidez ideacional: 4/8
- Razonamiento visual: 1/6. Déficit.

En este caso clínico, a partir de los resultados se puede decir que el sujeto presenta un leve deterioro cognitivo. Considero que no es debido a un problema de demencia, sino más bien a la edad del sujeto que es muy avanzada. En el MMSE obtiene una puntuación de 14/30. En cuanto al test CAMCOG-R sí que se observan, en dos áreas, un cierto déficit. Estas áreas son función ejecutiva y atención/cálculo. En el área de función ejecutiva los valores más afectados son razonamiento visual y fluidez en la expresión. Por otro lado, en cuanto a atención/cálculo los valores más afectados son atención/concentración. Considero que éste aspecto es el problema más significativo

que presenta el sujeto. En cuanto a las demás áreas valoradas, se encuentran en la media o por encima de ésta.

La entrevista con el informante se la he pasado al sujeto X que nos informa que es el hijo del paciente. Tiene una frecuencia de contacto con él a diario, por lo que es un buen candidato para la entrevista, ya que la información que proporcionará será precisa.

Los datos más relevantes que obtenemos mediante esta sección, es que el paciente ha sufrido un cambio en su personalidad, que ha aparecido de forma gradual. Nos informa que el paciente está más irritable y que siente menos interés por los demás. Nos indica que existe escasa consciencia del problema. En cuanto al funcionamiento mental general, nos informa que ha evidenciado un declive en su función mental, con una disminución del habla y con pensamientos confusos. Nos vuelve a indicar que el sujeto presenta escasa consciencia del problema. Lo que más remarcaría de dicha entrevista, son los síntomas depresivos que su hijo nos comenta. Por último hay que tener en cuenta que el sujeto sufrió un ictus cerebral, cáncer de colon y de pulmón, intento de suicidio y varios ingresos hospitalarios por intento de suicidio.

El test administrado así como sus resultados se encuentran en el anexo. Considero que desde el punto de vista neuropsicológico el sujeto presenta un nivel adecuado a su edad. Lo que realmente me preocupa es su estado psicológico siendo el justificante de muchos de sus problemas cognitivos. Mediante el CAMCOG-R se ha podido observar que la mayoría de los déficits se producen como consecuencia de fallos atencionales. Opino y después de haber observado cómo se desenvuelve el sujeto en su vida diaria, que la mayoría de éstos problemas son como consecuencia de su estado psicológico depresivo. Por lo tanto, una buena terapia psicológica de aceptación de la vejez y mejora de la autoestima mejoraría considerablemente el estado de ánimo y por consiguiente su rendimiento en el test CAMCOG-R

## 6. Bibliografía

- Baquero Toledo M, Carnero Pardo C, Martínez Lozano MD. Clasificación. En: Molinuevo J.L, Peña-Casanova J, (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009*. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología.
- Buiza, C., Etxebarria, I., Yanguas, J.J., Palacios, V., Yanguas, E., Zulanca, A. (2004). *Una alternativa de intervención para personas con deterioro cognitivo severo: el método Montessori*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 39,2,119.
- Del Ser Quijano, T., Peña-Casanova, J. (1996). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona.
- Fernández, R. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Gramunt, N. (2010). *Vive el envejecimiento activo*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Molinuevo JL, Peña-Casanova J, (2009) *Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona: Sociedad Española de Neurología.
- Ortiz-Tallo, M., (2004). Trastornos psicológicos. En Ochoa, E. *Demencias y enfermedad de Alzheimer: aspectos históricos, sociales y clínicos*. Archidona (Málaga): Ediciones Aljibe.
- Peña-Casanova, J., (1999). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Peña-Casanova, J., (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domenech, S., Llorente, A. (1999). *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Fundación ACE: Instituto catalán de neurociencias aplicadas. Barcelona: Glosa Ediciones.

- Yanguas, J.J (2007), *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.

+

# ANEXOS

## TEST CAMDEX

# CAMDEX-R

## Cuaderno de anotación

INFORMACIÓN GENERAL	
Nº de identificación del paciente:	Nº de historia:
Nombre:	
Dirección:	
Remitido por:	Fecha de la admisión:
Fecha de la entrevista:	Entrevistador: María Morales Lepa(3)
Centro de investigación:	(4) Procedencia: (5)
Fecha de nacimiento: 7 oct / 1920 (6)	Edad: 91 años (7) Sexo: V (8)
Estado civil (actual): Casado	(9)
Ocupación principal (Especificar atendiendo al Manual):	(10)

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE POR EL EQUIPO MÉDICO	
Nombre del miembro del equipo:	(11)
Categoría:	Fecha:
Valoración clínica de la gravedad de la demencia: (0-4)	(12)
Valoración clínica del grado de intensidad de los síntomas depresivos: (0-4)	(13)



Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID.  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.  
Printed in Spain. Impreso en España.

**SECCIÓN A. ENTREVISTA CON EL PACIENTE / SUJETO**

(Hora de inicio de la entrevista con el sujeto) 10:30

**PARTE I**

Preguntas relacionadas con el estado actual

	Error (0)	Acierto (1)
14. Nombre <u>99 años y 1/2</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Edad <u>99 años y 1/2</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Fecha nacimiento <u>7/01/120</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Edad cuando dejó el colegio: <u>2 años</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17a. Años de escolaridad: <u>0 años</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Años educación posterior: <u>2 años</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo de formación: <u>Ninguna</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Grado de escolaridad: <u>Ninguna</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Actualmente vive en:		
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Asilo		
<input checked="" type="checkbox"/> Casa, con cónyuge <input type="checkbox"/> Casa, solo		
<input type="checkbox"/> Con familiar o amigo		

**Función cerebrovascular**

20. ¿Dolor de cabeza?		
☒ No o rara vez		
☐ Más de una vez por semana		
21. ¿Mareos?		
☒ No o rara vez		
☐ Más de una vez por semana		
22. ¿Caídas?		
☒ No o rara vez		
☐ Más de una vez por semana		
23. ¿Pérdida repentina de fuerza, visión, etc.?		
☐ No ☒ Sí		

**Sueño**

24. Dificultad para conciliar el sueño		
☒ No ☐ Sí		
25. Inquietud o insomnio		
☐ No ☒ Sí		
26. Patrón de sueño modificado		
☐ No ☒ A veces ☐ La mayoría de las veces		

**Ánimo depresivo**

27. Pérdida o aumento de apetito		
☒ No ☐ A veces ☐ La mayoría de las veces		
28. Pérdida o aumento de peso		
☒ No ☐ Perdido ☒ Ganado		
29. Capacidad de afrontamiento		
☐ No ☒ Sí		
30. Capacidad de decisión		
☐ No ☒ Sí		
31. Pérdida de interés		
0 ☐ No 1 ☒ A veces		
2 ☒ La mayoría de las veces		
32. Pérdida de energía		
☐ No ☒ Sí		
33. Buscar estar solo		
☒ No ☐ Sí		
34. Capacidad de concentración		
☐ No ☒ Sí		
35. Entrecimiento del lenguaje		
☐ No ☒ Sí		
36. Entrecimiento del pensamiento		
☐ No ☒ Sí		
37. Sensación de estar deprimido		
0 ☐ No 1 ☐ Ocasionalmente		
2 ☒ La mayoría de las veces		
38. Duración de la depresión: 18 meses		
39. Motivo de la depresión:		
☐ No ☐ Aflicción/pérdida		
☐ Duelo ☒ Otros: problemas familiares		
40. ¿Diferente a estar triste?		
☐ No ☒ Sí		
41. ¿Puede ser animado?		
☐ No ☒ Sí		
42. ¿Afecta a todo?		
☐ No ☒ Sí		
43. Cambio durante el día		
☐ No ☒ Sí (si es por la mañana)		
44. ¿Culpabiliza a otros?		
☐ No ☒ Sí ☐ Se autculpabiliza		
45. Sentimiento de culpa		
☒ No ☐ A veces ☐ La mayoría de las veces		
46. Sentimiento de cara al futuro		
0 ☐ Neutral, optimista 1 ☒ Pesimista		
47. ¿Pienso que la vida no merece la pena?		
☐ No ☒ Sí		
48. Pensamientos suicidas		
☒ No ☐ Ocasionales		
☐ Repetidos ☒ Intento de suicidio		

**PARTE II**  
Preguntas sobre antecedentes personales

88. Diagnóstico crisis cardíaca  
☒ No ☐ Una ☐ Dos ☐ Más
89. Diagnóstico de presión alta  
☐ No ☒ Sí
90. Diagnóstico de apoplejía  
☒ No ☐ 1 ☐ Una ☐ 2 ☐ Dos ☐ 3 ☐ Más
91. Golpe en cabeza con pérdida de conocimiento  
☒ No ☐ Una ☐ Dos ☐ Más
92. Crisis epilépticas  
☐ No  
☐ Sólo en la infancia 18 años  
☒ Posteriormente  
☐ Actualmente
93. Fumador (20 o más cigarrillos día)  
☒ No ☐ Sí
94. Bebedor (más de 10 unidades diarias durante 2 semanas)  
☒ No ☐ Sí Consumo diario: \_\_\_\_\_
95. ¿Ha pensado que bebía en exceso?  
☒ No ☐ Sí
96. Problemas causados por la bebida  
☒ No ☐ Sí
97. Fármacos  
☐ No ☒ Tranquilizantes  
☐ Hipnóticos ☐ Barbitúricos  
☐ Estimulantes ☐ Otros  
☐ Más de uno a la vez
98. ¿Se considera una persona nerviosa?  
☒ No ☐ Sí
99. Tratamiento por enfermedad mental:  
☐ No Número de episodios: 5
100. Reacción a fármacos  
☒ No ☐ Sí
101. Reacción a fármacos con pérdida del conocimiento  
☒ No ☐ Sí
102. Reacción a fármacos con confusión  
☐ No ☒ Sí
103. Reacción a fármacos con fiebre  
☒ No ☐ Sí
104. Reacción a fármacos con hospitalización  
☒ No ☐ Sí

**PARTE III**  
Preguntas sobre antecedentes familiares

105. Hijos varones (vivos o fallecidos)  
☐ Ninguno Número: 1
106. Hijas (vivas o fallecidas)  
☐ Ninguna Número: 1
107. Hermanos varones (vivos o fallecidos)  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
108. Hermanas (vivas o fallecidas)  
☐ Ninguna Número: 2
109. Lugar entre los hermanos: 3
110. Edad de la madre, si vive: no vive
- 111a. Edad de la madre al morir: 45
- 111b. Edad del sujeto al fallecer ésta: 17
112. Edad del padre, si vive: no vive
113. Edad del padre cuando falleció: 55
114. Familiares femeninos con problemas de memoria  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
115. Familiares masculinos con problemas de memoria  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
116. Familiares femeninos con infarto cardíaco  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
117. Familiares masculinos con infarto cardíaco  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
118. Familiares femeninos con apoplejía  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
119. Familiares masculinos con apoplejía  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
120. Familiares femeninos con hipertensión  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
121. Familiares masculinos con hipertensión  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
122. Familiares femeninos con diabetes  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
123. Familiares masculinos con diabetes  
☐ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
124. ¿Tuvo diabetes el sujeto?  
☒ No ☐ Sí
125. Familiares femeninos con Parkinson  
☐ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
126. Familiares masculinos con Parkinson  
☐ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
127. ¿Tiene Parkinson el sujeto?  
☒ No ☐ Sí



128. Familiares femeninos con Síndrome Down  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
129. Familiares masculinos con Síndrome Down  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
130. ¿Tiene el sujeto síndrome de Down?  
☒ No ☐ Sí
131. Familiares femeninos con leucemia  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
132. Familiares masculinos con leucemia  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
133. ¿Tuvo leucemia el sujeto?  
☒ No ☐ Sí
134. Familiares femeninos con cáncer  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
135. Familiares masculinos con cáncer  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_
136. ¿Tuvo el sujeto cáncer?  
☐ No ☒ Sí
137. Familiares femeninos con trastorno emocional  
☐ Ninguno Número: 1
138. Familiares masculinos con trastorno emocional  
☐ Ninguno Número: 1

**SECCIÓN B. EXAMEN COGNITIVO CAMCOG**

**NOTAS:**

1º) La mayoría de los ítems de esta sección se valoran cuantitativamente. Por ello, debe anotarse la puntuación en la casilla que figura en el margen derecho. En esta sección, las respuestas correctas se puntúan como uno y las incorrectas como cero. En otro caso, el valor de la respuesta se indica en cada casilla.

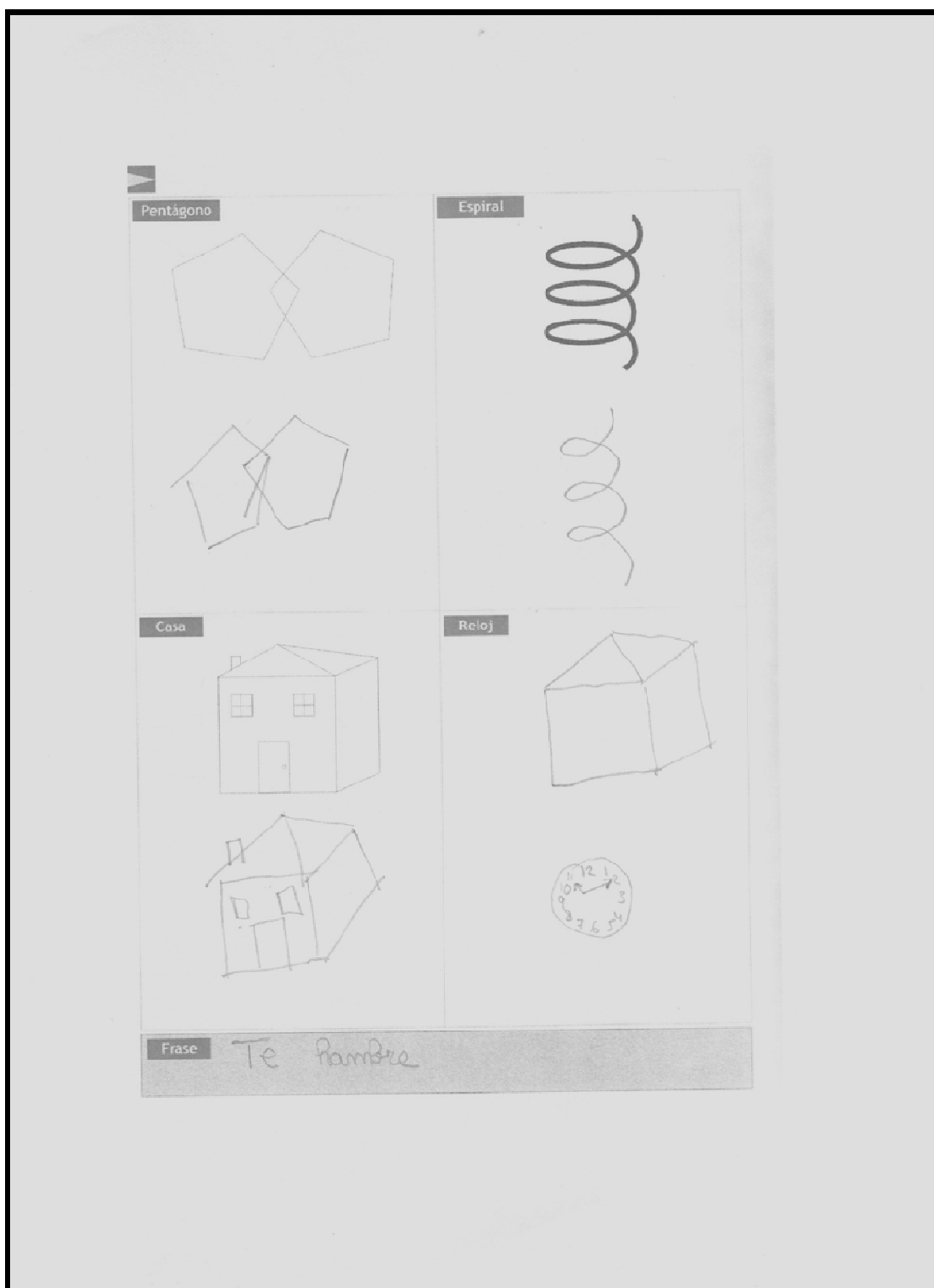
2º) A partir de los ítems de esta sección se calculan las puntuaciones totales en:

- el MMSE= Suma de los valores que aparezcan en las casillas ☐ ;
- el CAMCOG=Suma de los valores de las casillas ☐ más las ☐ no precedidas de asterisco.

3º) No se ha previsto casilla para la puntuación de las preguntas «añadidas» en la adaptación española con el fin de no alterar los criterios de puntuación final de las pruebas.

<p><b>ORIENTACIÓN</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th></th> <th>Puntuación</th> </tr> <tr> <td rowspan="5"><b>Tiempo</b></td> <td>139. Día de la semana</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>140. Día del mes</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>141. Mes</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>142. Año</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>143. Estación del año</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="5"><b>Lugar</b></td> <td>144. País (CC.AA.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>145. Provincia(Comarca)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>146. Ciudad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>147. Piso del edificio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>148. Nombre del lugar</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>LENGUAJE</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th></th> <th>Puntuación</th> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Comprensión: respuesta motora</b></td> </tr> <tr> <td>149.</td> <td>Cabeza hacia delante</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>150.</td> <td>Tocar oreja derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>151.</td> <td>Mirar al techo antes que al suelo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>152.</td> <td>Tocar hombros con dos dedos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Comprensión: respuesta verbal</b></td> </tr> <tr> <td>153.</td> <td>¿Es esto un hotel?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>154.</td> <td>Pueblos mayores que ciudades</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>155.</td> <td>Radio antes que TV en el país</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Puntuación	<b>Tiempo</b>	139. Día de la semana	<input checked="" type="checkbox"/>	140. Día del mes	<input checked="" type="checkbox"/>	141. Mes	<input checked="" type="checkbox"/>	142. Año	<input checked="" type="checkbox"/>	143. Estación del año	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Lugar</b>	144. País (CC.AA.)	<input type="checkbox"/>	145. Provincia(Comarca)	<input checked="" type="checkbox"/>	146. Ciudad	<input checked="" type="checkbox"/>	147. Piso del edificio	<input checked="" type="checkbox"/>	148. Nombre del lugar	<input type="checkbox"/>			Puntuación	<b>Comprensión: respuesta motora</b>			149.	Cabeza hacia delante	<input checked="" type="checkbox"/>	150.	Tocar oreja derecha	<input type="checkbox"/>	151.	Mirar al techo antes que al suelo	<input type="checkbox"/>	152.	Tocar hombros con dos dedos	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Comprensión: respuesta verbal</b>			153.	¿Es esto un hotel?	<input checked="" type="checkbox"/>	154.	Pueblos mayores que ciudades	<input checked="" type="checkbox"/>	155.	Radio antes que TV en el país	<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>DENOMINACIÓN</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>156. Mostrar lápiz</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Lápiz</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Reloj</td> <td>Total <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">Máx.=2</td> </tr> <tr> <td>157. Nombrar objetos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zapata / sandalia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Máquina de escribir</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Báscula</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Maleta</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Barómetro</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Lámpara</td> <td>Total <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">Máx.=6</td> </tr> </table> <p><b>EXPRESIÓN: FLUIDEZ</b></p> <p>158. N° animales en 1 minuto</p> <p>Anotar: <u>pajaro, gato, perro,</u>  <u>caballo, cebra, vaca,</u>  <u>galina</u></p> <p>Total según tabla <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Máx.=6</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">Tabla de puntuación:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>0 = 0;</td> <td>1 a 4 = 1;</td> </tr> <tr> <td>5 a 9 = 2;</td> <td>10 a 14 = 3;</td> </tr> <tr> <td>15 a 19 = 4;</td> <td>20 a 24 = 5</td> </tr> <tr> <td>Más de 25 = 6</td> <td></td> </tr> </table> </div>	156. Mostrar lápiz	<input checked="" type="checkbox"/> Lápiz	<input checked="" type="checkbox"/> Reloj	Total <input checked="" type="checkbox"/>	Máx.=2				157. Nombrar objetos	<input checked="" type="checkbox"/> Zapata / sandalia	<input checked="" type="checkbox"/> Máquina de escribir			<input type="checkbox"/> Báscula	<input checked="" type="checkbox"/> Maleta			<input type="checkbox"/> Barómetro	<input checked="" type="checkbox"/> Lámpara	Total <input checked="" type="checkbox"/>	Máx.=6				0 = 0;	1 a 4 = 1;	5 a 9 = 2;	10 a 14 = 3;	15 a 19 = 4;	20 a 24 = 5	Más de 25 = 6	
		Puntuación																																																																																						
<b>Tiempo</b>	139. Día de la semana	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	140. Día del mes	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	141. Mes	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	142. Año	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	143. Estación del año	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
<b>Lugar</b>	144. País (CC.AA.)	<input type="checkbox"/>																																																																																						
	145. Provincia(Comarca)	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	146. Ciudad	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	147. Piso del edificio	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
	148. Nombre del lugar	<input type="checkbox"/>																																																																																						
		Puntuación																																																																																						
<b>Comprensión: respuesta motora</b>																																																																																								
149.	Cabeza hacia delante	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
150.	Tocar oreja derecha	<input type="checkbox"/>																																																																																						
151.	Mirar al techo antes que al suelo	<input type="checkbox"/>																																																																																						
152.	Tocar hombros con dos dedos	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
<b>Comprensión: respuesta verbal</b>																																																																																								
153.	¿Es esto un hotel?	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
154.	Pueblos mayores que ciudades	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
155.	Radio antes que TV en el país	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																						
156. Mostrar lápiz	<input checked="" type="checkbox"/> Lápiz	<input checked="" type="checkbox"/> Reloj	Total <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																					
Máx.=2																																																																																								
157. Nombrar objetos	<input checked="" type="checkbox"/> Zapata / sandalia	<input checked="" type="checkbox"/> Máquina de escribir																																																																																						
	<input type="checkbox"/> Báscula	<input checked="" type="checkbox"/> Maleta																																																																																						
	<input type="checkbox"/> Barómetro	<input checked="" type="checkbox"/> Lámpara	Total <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																					
Máx.=6																																																																																								
0 = 0;	1 a 4 = 1;																																																																																							
5 a 9 = 2;	10 a 14 = 3;																																																																																							
15 a 19 = 4;	20 a 24 = 5																																																																																							
Más de 25 = 6																																																																																								

<b>EXPRESIÓN: DEFINICIONES</b>		<b>Puntuación</b>	<b>Recuerdo información reciente</b>		<b>Puntuación</b>
159. Acción con martillo	<input type="checkbox"/>		172. Nombre del rey actual	<input type="checkbox"/>	
160. Compra de medicinas	<input type="checkbox"/>		173. Sucesor	<input type="checkbox"/>	
161. Puente	<input type="checkbox"/>	Máx.=2	174. Presidente del Gobierno	<input type="checkbox"/>	
162. Qué es una opinión	<input type="checkbox"/>	Máx.=2	175. Noticias recientes	<input type="checkbox"/>	
<b>EXPRESIÓN: REPETICIÓN</b>		<b>Puntuación</b>	<b>Fijación</b>		
163. -En un trigal...-	<input type="checkbox"/>		176. Tres objetos:		
163a. -Ni sí ni no...-	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pelota	<input type="checkbox"/> Caballo	<input type="checkbox"/> Manzana
			Total = 3		
<b>MEMORIA</b>		<b>Puntuación</b>	177. Nº de repeticiones:	<input type="checkbox"/>	
<b>Recuerdo</b>			<b>ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN</b>		
164. Recuerdo de objetos			178. Contar hacia atrás a partir de 20		
<input type="checkbox"/> Zapato / sandalia	<input type="checkbox"/>		0 Dos o más errores		
<input type="checkbox"/> Máquina de escribir	<input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> Un error		
<input type="checkbox"/> Báscula	<input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> Correcto		Máx.=2
<input type="checkbox"/> Maleta	<input type="checkbox"/>		179. Restar 7 a partir de 100		Máx.=5
<input type="checkbox"/> Barómetro	<input type="checkbox"/>		(1 punto por cada diferencia de 7)		
<input type="checkbox"/> Lámpara	<input type="checkbox"/>		179a. Restar 3 a partir de 30	<input type="checkbox"/>	
Total	<input type="checkbox"/>	Máx.=6	179b. Repetir 5 - 9 - 2	<input type="checkbox"/>	
<b>Reconocimiento</b>			<b>MEMORIA: RECUERDO</b>		
165. Imágenes anteriores			180. Objetos a recordar		
<input type="checkbox"/> Zapato / sandalia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pelota	<input type="checkbox"/> Caballo	<input type="checkbox"/> Manzana
<input type="checkbox"/> Máquina de escribir	<input type="checkbox"/>		Total = 2		
<input type="checkbox"/> Báscula	<input type="checkbox"/>				Máx.=3
<input type="checkbox"/> Maleta	<input type="checkbox"/>		<b>LENGUAJE: lectura comprensiva</b>		
<input type="checkbox"/> Barómetro	<input type="checkbox"/>		181. Cierre los ojos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lámpara	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Analfabeto		
Total	<input type="checkbox"/>	Máx.=6	182. Manos detrás de la cabeza	<input type="checkbox"/>	
<b>Recuerdo de información remota</b>		<b>Puntuación</b>	<input type="checkbox"/> Analfabeto		
<b>Nacidos antes de 1940</b>			<b>PRAXIS</b>		
166. Inicio I Guerra M. (± 1año)	<input type="checkbox"/>		<b>Copiar y dibujar</b>		
167. Inicio G. Civil Esp. (± 1año)	<input type="checkbox"/>		183. Copiar pentágono	<input type="checkbox"/>	
168. Líder de los alemanes	<input type="checkbox"/>		184. Copiar espiral	<input type="checkbox"/>	
169. Jefe de Estado español (fin GCE)	<input type="checkbox"/>		185. Copiar casa	<input type="checkbox"/>	
170. Antonio Machín	<input type="checkbox"/>		186. Dibujar reloj		
171. Famoso trasatlántico hundido	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Círculo (o cuadrado)		
<b>Nacidos después de 1940</b>			<input type="checkbox"/> Números en posición correcta		
166a. Presidente asesinado en Texas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hora correcta		Total = 3
167a. Grupo musical británico	<input type="checkbox"/>				Máx.=3
168a. Pintor de "El Guernica"	<input type="checkbox"/>		<b>Escritura: espontánea</b>		
169a. Lola Flores	<input type="checkbox"/>		187. Escritura de frase	<input type="checkbox"/>	
170a. Presidente después de Franco	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Analfabeto		
171a. Partido de Santiago Carrillo	<input type="checkbox"/>				



**Praxis: ideacional**

188. Doblar de papel  
☒ Mano derecha  
☐ Doble  
☐ Sobre rodilla  
Total ☒ Máx.=3

189. Meter hoja en sobre  
☒

**Escribir al dictado**

190. Escribir dirección  
0 ☐ Incorrecto 1 ☐ Aceptable  
2 ☐ Correcto ☐ Analfabeto  
Máx.=2

**Praxis: Ideomotora**

191. Decir adiós con la mano  
☒

192. Cortar con tijeras  
0 ☐ Incorrecto 1 ☐ Aceptable  
2 ☒ Correcto  
Máx.=2

193. Cepillar dientes  
0 ☐ Incorrecto 1 ☐ Aceptable  
2 ☒ Correcto  
Máx.=2

**CÁLCULO** Puntuación

194. Dinero ☒

195. Cambio ☒

**MEMORIA: REPETICIÓN** Puntuación

196. Repetir dirección  
☒ Juan ☐ Planas ☒ C/ Norte  
☐ 42 ☐ Palamós  
Total ☒ Máx.=5

**FUNCION EJECUTIVA** Puntuación

**Pensamiento abstracto**

197. Semejanza "Perro-gato"  
Animales ☒ Máx.=2

197a. Semejanza "rojo-verde"  
calor 2

198. Semejanza "Camisa-vestido"  
ropa ☒ Máx.=2

199. Semejanza "Mesa-silla"  
mobiliario ☒ Máx.=2

200. Semejanza "Planta-animal"  
objetos de decoración ☒ Máx.=2

**Fluidez ideacional**

200a. Uso de objetos.  
Respuestas: beber  
hacer de papel dentro  
de papel, sin papel, hacer  
mosaico, poner color  
de colores.

Nº (Más de 8 correctas=8) 4

Nº de perseveraciones

**Razonamiento visual**

200b. 1. ☒ C 2. ☐ A 3. ☐ E  
4. ☐ D 5. ☐ F 6. ☐ B  
Total ☒

**PERCEPCIÓN VISUAL** Puntuación

**Personajes conocidos**

201. ¿Quién es?  
☒ Rey  
☐ Papa, Arzobispo, obispo  
Máx.=2

**Reconocimiento de objetos**

202. Objetos desde ángulos inusuales  
☒ Gafas ☒ Zapato ☒ Monedero  
☐ Taza ☐ Teléfono ☐ Pipa  
Total ☒ Máx.=6

**Reconocimiento de persona/función**

203. Quién es o qué hace ☐

**CURSO DEL TIEMPO**

204. Estimación de la hora actual: 0

205. Duración estimada entrevista: 0

206. Duración real entrevista: 45 minutos

### SECCIÓN C. OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

(A registrar al final de la entrevista)

Observación	No	Si	Otras	Observación	No	Si
207. Aspecto descuidado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	219. Lenguaje muy rápido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
208. No colaborador	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	220. Lenguaje muy lento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
209. Suspiciacia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	221. Restricción del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
210. Hostil o irritable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	222. Lenguaje disgregado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211. Absurdo, incongruente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	223. Lenguaje farfullante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
212. Lento y poco activo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	224. Perseveración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
213. Inquieto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	225. Falta de comprensión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
214. Ansiedad y miedo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	226. Conciencia obnubilada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
215. Ánimo depresivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	227. Uso peculiar de términos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estupor depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	228. Habla consigo mismo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
216. Ánimo cambiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	229. Atención disminuida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Incontinencia emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	230. Enjuiciamiento disminuido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
217. Aplanamiento afectivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	231. Preocup. hipocondríacas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
218. Alucinaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### SECCIÓN D. EXAMEN FÍSICO DEL ENTREVISTADOR

232. Presión sistólica: _____	239. Movilidad
233. Presión diastólica: _____	<input type="checkbox"/> Independiente
234. Reflejos osteotendinosos	<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Muletas o tripode
<input type="checkbox"/> Hiperreflexia	<input type="checkbox"/> Otra persona
<input type="checkbox"/> Clonus	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Ausencia	<input type="checkbox"/> Total dependencia
235. Reflejos plantares	240. Sordera
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Oye bien
<input type="checkbox"/> Extensor izquierdo	<input type="checkbox"/> Con dificultad
<input type="checkbox"/> Extensor derecho	<input type="checkbox"/> No oye
<input type="checkbox"/> Ambos	241. Deficiencias visuales
236. Signos extrapiramidales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ve bien
237. Hemiparesia	<input type="checkbox"/> Con dificultad
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> No ve
<input type="checkbox"/> Izquierda	242. Temblor
<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Ambas	<input type="checkbox"/> En reposo
238. Marcha	<input type="checkbox"/> En acción
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> En reposo y en acción
<input type="checkbox"/> Amplia base	243. Dificultad física que interfiera
<input type="checkbox"/> Festinante	con actividad manual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Paso pequeño	244. Movimientos oculares
<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	anormales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	245. Respiración disneica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

**SECCIÓN H. ENTREVISTA CON ALGÚN FAMILIAR DEL PACIENTE O CON OTRO INFORMANTE**

Todos los ítems deben ser marcados

Nombre del informante:   
 Dirección:   
 Fecha de la entrevista:

255. ¿Cómo se llevó a cabo?

☐ Cara a cara    ☐ Teléfono

256. Relación con el sujeto

☐ Esposo/a    ☐ Hermano/a

☐ Cuñado/a    ☒ Hijo/a

☐ Yerno/Nuera    ☐ Amigo/a

☐ Cuidador/tutor

☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

257. Frecuencia de contacto

Vive con él/ella

Diariamente ☒

Más de una vez por semana

Mínimo una vez por semana

Mínimo una vez al mes

Mínimo una vez al año

265. Más terco/a o más (o menos) torpe

☐ No    ☐ Menos    ☒ Más

266. Duración de cambios en meses: 6 meses

267. Forma de producirse

☒ Gradualmente

☐ Repentinamente

268. ¿Consciente del problema el sujeto?

☐ Totalmente

☒ Escasamente

☐ No

**PARTE I**  
**Ítems acerca del trastorno actual**

**PERSONALIDAD**

258. Cambio en su personalidad

☐ No    ☒ Sí

259. Exageración de algún rasgo

☐ No    ☒ Sí

260. Estado de ánimo cambiante

☐ No    ☒ Más    ☐ Menos

261. Más (o menos) irritable

☐ No    ☐ Menos    ☒ Más

262. Menos (o más) interés por los demás

☐ No    ☐ Más    ☒ Menos

263. Situaciones difíciles en público

☐ No    ☒ Sí

264. Cambio en su conducta sexual

☐ Ningún cambio

☐ Reducción en interés o actividad

☐ Incremento en interés o actividad

☐ Comportamiento sexual inadecuado

☐ Otro (Especificar): \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

269. Recordar acontecimientos recientes:

☒ Ninguna dificultad

☐ Ligera dificultad

☐ Gran dificultad

270. Repetición misma pregunta

☒ No    ☐ Sí

271. Interpretación entorno

☒ Ninguna dificultad

☐ Ligera dificultad

☐ Gran dificultad

272. Dificultad recordar listas cortas:

☒ Ninguna    ☐ Ligera    ☐ Grande

273. Dificultad para moverse en el vecindario

☒ Ninguna    ☐ Ligera    ☐ Grande

☐ No puede salir de casa

274. Dificultad para moverse en casa

☒ Ninguna    ☐ Ligera    ☐ Grande

☐ Permanentemente en cama

275. Duración dificultades en meses: \_\_\_\_\_

276. Proceso desarrollo de cambios

☐ Gradualmente

☐ Repentinamente

277. Conciencia de dificultades

☐ No    ☐ Sí

#### FUNCIONAMIENTO MENTAL GENERAL

278. Dective global función mental  
☐ No ☒ Sí
279. Dificultad para planificar futuro  
☐ No ☐ Leve ☒ Grave
280. Dificultad de concentrarse  
☐ No ☐ Leve ☒ Grave
281. Más impulsivo que antes  
☒ No ☐ Leve ☐ Grave
282. Hablar mucho más o mucho menos  
☐ Ningún cambio ☐ Más  
☒ Menos ☐ Mutismo
283. Hablar más del pasado  
☒ No ☐ A veces ☐ A menudo
284. Dificultad de encontrar palabras  
☐ No ☒ Sí
285. Repite palabras o frases  
☒ No perseveración  
☐ Perseveración
286. Dificultad en tomar decisiones  
☒ No ☐ Sí
287. Pérdida de habilidades  
☒ No ☐ Sí
288. Pensamiento confuso  
☐ No ☒ Sí
289. Duración de los cambios en meses: 24 meses
290. Proceso desarrollo de las dificultades  
☒ Gradualmente  
☐ Repentinamente
291. ¿Se han desarrola escalonadamente?  
☐ No ☒ Sí
292. Autoconciencia de las dificultades  
☐ De manera clara  
☒ En escasa medida  
☐ No se da cuenta de ellas

#### ACTIVIDADES COTIDIANAS

293. Dificultad con tareas normales  
☐ Ninguna ☒ Ligera ☐ Grande
294. Más dificultad para manejar dinero  
☐ No más ☒ Leve ☐ Grande
295. Dificultad para comer solo  
☒ Ninguna  
☐ Desaliñadamente, sólo con la cuchara  
☐ Alimentos sólidos sencillos  
☐ Tiene que ser alimentado

296. Come o bebe más de lo habitual  
☒ No ☐ Sí
297. Come cosas inadecuadas  
☒ No ☐ Sí
298. Dificultades para vestirse  
☒ Ninguna  
☐ A veces se abrocha mal los botones  
☐ A menudo secuencia equivocada  
☐ Incapaz de vestirse solo
299. ¿Se orina o ensucia alguna vez?  
☒ No  
☐ Incontinencia urinaria ocasional  
☐ Incontinencia urinaria frecuente  
☐ Incontinencia doble
300. Tiempo con estas dificultades en meses: \_\_\_\_\_
301. Modo de desarrollo de dificultades  
☐ Gradualmente  
☐ Repentinamente

#### OBNUBILACIÓN / DELIRIUM

302. Cambio repentino a confusión  
☐ No ☒ Sí
303. Dias o semanas de "claridad"  
☐ No ☒ Sí
304. Episodios de duración breve  
☐ No ☒ Sí
305. Normalidad tras la confusión  
☐ No ☒ Sí
306. ¿Peor al atardecer o por la noche?  
☐ No ☒ Sí
307. Marcadas fluctuaciones de atención  
☐ No ☒ Sí
308. Tiempo de permanencia dificultad en meses: 12 meses

#### ÁNIMO DEPRESIVO

309. Pérdida de interés por las cosas  
☐ No ☒ Sí
310. ¿Menos (o más) sociable?  
☐ Ningún cambio  
☐ Más sociable  
☒ Menos sociable pero con alguna interacción social  
☐ Mucho menos sociable con poca o ninguna interacción
311. Autoculpabilidad sin motivo  
☐ No ☒ Sí



312. ¿Cree usted que está deprimido?

☐ No ☒ Sí

313. ¿Afecta a toda su vida cotidiana?

☐ No ☒ Sí

314. ¿Cuánto tiempo ha durado?

En meses: 7 años

315. Forma de evolución

☒ Gradual ☒ Repentinamente

316. Autoconciencia de depresión

☒ Tiene clara conciencia de ello

☐ Escasa

☐ Ninguna

#### SUEÑO

317. Dificultad en conciliarlo

☒ No ☐ Sí

318. Inquieto o despierto durante la noche

☐ No ☒ Sí

319. Deambulación nocturna

☒ No ☐ Sí

320. Despertar precoz

☐ No ☒ Sí

321. Duermes mucho más de lo habitual

☒ No ☐ Sí

322. Tiempo que padece este trastorno (en meses): 4 años

323. Forma de aparición y desarrollo

☒ Gradual ☐ Repentinamente

#### SÍNTOMAS PARANOIDES

324. Quejas de ser espiado o perseguido

☒ No ☐ Sí

325. En caso positivo, ¿cuánto tiempo?

Duración en meses: 12 meses

326. Molestias por voces o visiones

☒ No ☒ Sí

327. En caso positivo, ¿cuánto tiempo?

Duración en meses: 12 meses

328. ¿Para él estas molestias son reales?

☐ No ☒ Sí

#### PROBLEMAS CEREBROVASCULARES

329. Sensación de mareo con debilidad

☐ No ☒ Sí

330. Tiempo desde que pasó por 1ª vez en meses: 7 años

331. ¿Se ha caído o ha estado a punto?

☒ No o raramente

1 ☐ Una vez al mes

332. Tiempo desde que pasó por 1ª vez

en meses: 7 años

333. ¿Apoplejía alguna vez?

☐ No ☒ Sí

334. Tiempo desde que pasó la 1ª vez

en meses: 7 años

#### RESUMEN GENERAL

335. Dificultades en su vida habitual

☐ No ☒ Alguna ☐ Grandes

336. Problemas para descansar

☒ No ☐ Leves ☐ Grandes

337. Primer cambio notable

☐ Memoria

☐ Alteraciones cognitivas

☒ Ánimo

☐ Personalidad

☐ Otros (especificar):                     

338. Tiempo desde primer cambio

en meses: 7 años

339. Tiempo desde normalidad mental

en meses: 9 años

#### PARTE II

##### Antecedentes personales del sujeto

340. Hipertensión, según médico

☐ No ☒ Sí

341. Ataque cardíaco

☒ No ☐ Una vez

☐ Más de una vez

342. Diagnóstico de diabetes

☒ No ☐ Sí

343. Enfermedad de Parkinson

☒ No ☐ Sí

344. Cambio reciente en escritura manual

☐ No

☐ Letra más pequeña

☒ Otro cambio (especificar): dificultad escritura

345. Expresión facial más fija

☐ No ☒ Sí

346. ¿Desde cuándo? Meses: 24 meses

347. Hijos con retraso mental o con síndrome

de Down  
☒ No ☐ Sí

348. ¿Ha padecido alguna vez cáncer?  
☐ No ☒ Sí  
 Especificar: pulmón, colon

349. Pérdida conciencia por traumatismo  
☒ No ☐ 1 vez  
☐ 2 veces ☐ 3 ó más  
 Si positivo, especificar edad/es: \_\_\_\_\_

350. Crisis convulsivas  
☒ No  
☐ Sólo infantiles  
☐ Crisis posteriores  
☐ Crisis actuales  
 Especificar edad de inicio: \_\_\_\_\_

351. Fumador de 20 ó más cigarrillos  
☒ No ☐ Sí

352. Bebedor de alcohol  
☒ No ☐ Sí  
 Consumo diario:  
 - unidades cerveza: \_\_\_\_\_  
 - unidades vino: \_\_\_\_\_  
 - unidades licor: \_\_\_\_\_

353. ¿Pensó que bebía en exceso?  
☒ No ☐ Sí

354. Problemas a causa de la bebida  
☒ No ☐ Sí

355. Dependencia de medicación  
☐ No ☐ Tranquilizantes  
☐ Hipnóticos ☐ Barbitúricos  
☐ Estimulantes ☒ Más de un tipo a la vez  
☐ Otros: \_\_\_\_\_

356. ¿Siempre persona nerviosa?  
☒ No ☐ Sí

357. Reacción aguda a medicamento  
☒ No  
☐ Sí, sin síndrome neuroléptico  
☐ Sí, posiblemente con síndrome neuroléptico maligno

358. Trastorno emocional con tratamiento  
☐ No N° de episodios: 6 años

359. ¿Estuvo hospitalizado?  
☐ No ☒ Sí  
 Especificar: hacer 27 años Santa  
Córdoba

16

**PARTE III**  
**Preguntas sobre antecedentes familiares**

360. Hijos tenidos (vivos o fallecidos)  
☐ Ninguno Número: 2

361. Hermanos varones (vivos o fallecidos)  
☒ Ninguno Número: \_\_\_\_\_

362. Hermanas (vivas o fallecidas) 1  
☐ Ninguna Número: \_\_\_\_\_

363. Lugar ocupado entre hermanos  
 Posición: 02

364. Edad de la madre, si vive  
☒ No vive Edad: \_\_\_\_\_

365. Edad, aproximada, al morir: 35 años

366. Edad sujeto al morir la madre: 20 años

367. Edad del padre, si vive  
☒ No vive Edad: \_\_\_\_\_

368. Edad del padre al morir: 80 años

**Difficultades de memoria en familiares**

369. Femeninos  
☒ Ninguno  
☐ Madre  
☐ Hermanas (número): \_\_\_\_\_  
☐ Hijas (número): \_\_\_\_\_

370. Masculinos  
☒ Ninguno  
☐ Padre  
☐ Hermanos (número): \_\_\_\_\_  
☐ Hijos (número): \_\_\_\_\_

**Familiares con enfermedad de Parkinson**

371. Femeninos  
☒ Ninguno  
☐ Madre  
☐ Hermanas (número): \_\_\_\_\_  
☐ Hijas (número): \_\_\_\_\_

372. Masculinos  
☒ Ninguno  
☐ Padre  
☐ Hermanos (número): \_\_\_\_\_  
☐ Hijos (número): \_\_\_\_\_

<b>Familiares con niños o niñas con retraso mental o Síndrome de Down</b>	<b>Familiares con apoplejía</b>
<p>373. Femeninos</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hijas (número): <u>1</u></p> <p>374. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>	<p>379. Femeninos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijas (número): _____</p> <p>380. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>
<b>Familiares con leucemia</b>	<b>Familiares con hipertensión</b>
<p>375. Femeninos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijas (número): _____</p> <p>376. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>	<p>381. Femeninos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijas (número): _____</p> <p>382. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>
<b>Familiares con ataque cardíaco</b>	<b>Familiares con trastorno emocional</b>
<p>377. Femeninos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijas (número): _____</p> <p>378. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>	<p>383. Femeninos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanas (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijas (número): _____</p> <p>384. Masculinos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Padre</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos (número): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hijos (número): _____</p>

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL INFORMANTE**

(Datos adicionales relacionados con la enfermedad y el estado psicopatológico)

Anotar cualquier dato adicional relacionado con los primeros signos de inicio, curso de la enfermedad y estado psicopatológico actual que aún no haya sido registrado (incluyendo cualquier movimiento anormal o síntomas neurológicos: p.ej., ataxia cerebelar y coreoatetosis).

\* Torpeza de movimientos

\* temblor en la boca

\* Inestabilidad

\* Paranoia más acusada en intensidad y tiempo.

**DIAGNÓSTICO A COMPLETAR POR EL ENTREVISTADOR A PARTIR DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS OPERATIVOS**

(Para detalles sobre criterios diagnósticos, ver pp. 52-58 del Manual)

385. Diagnóstico psiquiátrico primario (a determinar al final de la entrevista)

☐ Ninguna

☐ Demencia tipo Alzheimer

☐ Demencia vascular

☐ DTA + demencia vascular

☐ Demencia tipo cuerpos de Lewy

☐ Demencia tipo frontal

☐ Demencia debida a otras causas

☐ Delirium/Estado confusional

☐ Delirium/Estado confusional + demencia

☐ Psicosis paranoide, parafrénica o delirante

☐ Enfermedad depresiva

☐ Ansiedad o neurosis fóbicas

☐ Otros trastornos psiquiátricos (Especificar): \_\_\_\_\_

386. Diagnóstico secundario (si existe):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

387. Valoración clínica de la gravedad de la demencia

☐ Ninguna    ☐ Mínima    ☐ Leve

☐ Moderada    ☐ Grave

388. Valoración clínica de la gravedad de los síntomas depresivos

☐ Ninguna    ☐ Mínima    ☐ Leve

☐ Moderada    ☐ Grave

389. Personalidad

☐ Adecuada    ☐ Inadecuada

390. Enfermedad física aguda reciente

☐ No

☐ Sí (especificar): \_\_\_\_\_

391. Otros diagnósticos médicos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HOJA DE CÁLCULO DE PUNTUACIONES

### 1 MMSE

PREGUNTA	PUNTUACIÓN
139	0 1
140	0 1
141	0 1
142	0 1
143	0 1
144	0 1
145	0 1
146	0 1
147	0 1
148	0 1
156	0 1 2
163a	0 1 2 3 4 5
176	0 1 2 3 4 5
179	0 1 2 3 4 5
180	0 1 2 3
181	0 1
183	0 1
187	0 1
188	0 1 2 3
TOTAL	24
MÁXIMO	30

COMO NORMA GENERAL, LA RESPUESTA -NO- O INCORRECTA SE PUNTEA COMO CERO Y LA RESPUESTA -SI- O CORRECTA COMO UNO. EN OTRO CASO, EL VALOR DE LA RESPUESTA SE INDICA EN EL CUADERNILLO.

### 2 Test de Roth y Hopkins\*

PREGUNTA	PUNT.
15	0 1
16	0 1
142	0 1
148	0 1
166	0 1
172	0 1
178	0 1
196	0 1
203	0 1
204	0 1
TOTAL	5
MÁXIMO	10

### 3 Escala de demencia de Blessed y otros

PREGUNTA	PUNT.
269	0 1 2
271	0 1 2
272	0 1 2
273	0 1 2
274	0 1 2
283	0 1 2
293	0 1 2
294	0 1 2
295	0 1 2 4 6
298	0 1 2 4 6
299	0 1 2 4 6
TOTAL	6
MÁXIMO	17

### 4 CAMCOG-R

ÁREA	PREGUNTAS	PUNT.	MÁXIMO
ORIENTACIÓN	139 a 148	8	10
LÉNGUAJE	149 a 155, 157, 158, 159 a 162, 163a, 181, 182, 190	18	30
MEMORIA	164, 165, 166 a 171, 172 a 175, 196	15	27
ATENCIÓN/ CÁLCULO	178, 179, 194, 195	3	9
PRAXIS	183 a 186, 189, 191 a 193	10	12
PENSAMIENTO ABSTRACTO	197 a 200	4	8
PERCEPCIÓN	201 a 203	6	9
TOTAL		64	105
CORTE			69/70
FUNCIÓN EJECUTIVA	158, 197 a 200, 200a, 200b	12	28

### 5 Escalas diagnósticas CAMDEX

ESCALA	PREGUNTAS	PUNT.	MÁXIMO	CORTE
ORGANICIDAD	15 y 16 (punt. invertida), 207, 218, 258, 260, 263, 269, 271 a 274, 286 a 288, 293, 294, 298	6	30	5/6
DEMENCIA MULTINFARTICA	69, 90, 213, 214, 267, 284, 304, 331, 333	3	11	2/3
DEPRESIÓN	30 a 33, 37, 46, 47, 49, 98, 99, 286, 312, 320, 358	21	27	7/8

\* En los elementos 178 y 196 sólo se otorga un punto si la respuesta es totalmente correcta.

